

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Gracias por completar/revisar este formulario. Su participación (voluntaria) nos ayuda a comprender mejor a nuestros pacientes y a cumplir nuestra misión como centro de salud	Fecha:
---	---------------

INFORMACIÓN GENERAL (Rellene para usted mismo/paciente)

<u>Primer Nombre legal del paciente:</u>	<u>Apellido:</u>	<u>Nombre preferido:</u>	<u>Fecha de nacimiento (paciente):</u>
1a. <u>¿Cuál es su (paciente) idioma preferido?</u>		1b. <u>¿Necesita usted (paciente) un intérprete?</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

VIVIENDA / INGRESOS (Completar en base a la información del hogar)

2. <u>¿Cuántas personas hay en su hogar, incluyéndolo a usted?</u>	3. <u>¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (total combinado para usted y su hogar)?</u> <i>Dependiendo de sus ingresos, puede ser elegible para recibir asistencia. \$</i>
	<input type="checkbox"/> \$0-14,500 <input type="checkbox"/> \$24,001-29,000 <input type="checkbox"/> \$44,001-59,000 <input type="checkbox"/> \$14,501-19,000 <input type="checkbox"/> \$29,001-34,000 <input type="checkbox"/> \$59,001-75,000 <input type="checkbox"/> \$19,001-24,000 <input type="checkbox"/> \$34,001-44,000 <input type="checkbox"/> \$75,001+
4. <u>¿Cuál es su situación de vivienda hoy? Tengo una vivienda estable:</u> <input type="checkbox"/> Dueño(a) <input type="checkbox"/> Alquilar	
<i>No tengo una vivienda estable:</i> <input type="checkbox"/> Alojamiento (viviendo con otra familia) <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle / Parque / Auto <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente <input type="checkbox"/> Transición (Hogar de Recuperación) <input type="checkbox"/> Otro	
5. <u>En los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola estacional/migratorio ha sido su principal fuente de ingresos o la de su familia?</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. <u>¿Es usted (paciente) un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Rellene para usted mismo/paciente)

7. <u>¿Cuáles son sus pronombres (los del paciente)?</u> <input type="checkbox"/> Él/él/su <input type="checkbox"/> Ella/ella/ella <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nombre preferido <input type="checkbox"/> Ellos/Ellos
8. <u>¿Cuál es el sexo asignado al nacer (del paciente)?</u>
9. <u>¿Cuál es su (paciente) Identidad de Género actual? (Usaremos esto para sus registros médicos).</u>
10. <u>¿Cómo describiría usted (paciente) su orientación sexual?</u>
11. <u>¿Es usted (paciente) hispano y/o latino?</u> <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano, Chicanx <input type="checkbox"/> No soy de origen Hispana, Latina o Española <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otra origen Hispana, Latina o Española
12. <u>Describe su origen racial (paciente). (Indios Americanos, Afro-Americanos, Chinos, Filipinos, Japoneses, Mam, Blancos, etc.)</u> _____

*****Para uso en el futuro: Ponga sus iniciales y la fecha a continuación una vez que haya revisado este formulario en cada revisión anual.*****

_____ | _____ | _____ | _____ | _____

<u>SOLO PARA USO EN LA OFICINA</u>	<u>Completado por:</u>	<u>MRN:</u>
------------------------------------	------------------------	-------------

Cuestionario Demográfico del Paciente

Quizás se pregunte por qué necesitamos esta información. North Olympic Healthcare Network es un **Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en inglés)**, un tipo especial de centro de salud comunitario. Ofrecemos atención a todos, independientemente de su edad, sexo, raza o si un paciente tiene seguro o puede pagar.

Sus respuestas en este formulario nos ayudan a:

- Comprender las necesidades sociales, emocionales y financieras de nuestros pacientes
- Identificar quién puede beneficiarse de la asistencia
- Brindar atención personalizada y de alta calidad
- Cumplir nuestra misión como centro de salud comunitario
- Cumplir con nuestros requisitos de presentación de informes como FQHC

Sus respuestas son seguras

Mantenemos sus respuestas privadas y seguras. Solo los reportamos de una manera que no identifica a las personas.

Cómo llenar el PDQ

Por favor, lea atentamente cada pregunta y responda lo mejor que pueda.

Si está llenando el formulario en nombre de otra persona (espos(a), hijo(a), etc.):

- Complete las secciones **de Información General e Información Demográfica** según la información del paciente.
- Complete la sección **Vivienda/Ingresos** según la información del hogar del paciente.

Revisión del PDQ Cada Año

Una vez al año le pediremos que revise la información de este formulario.

Si no hay cambios, escriba sus iniciales y ponga la fecha en el espacio en la parte inferior del formulario.

Si necesita hacer cambios, escriba una línea en la respuesta anterior y complete la casilla de verificación de la nueva respuesta corregida. A continuación, ponga sus iniciales y la fecha en el espacio de la parte inferior del formulario.

¡Gracias por elegir North Olympic Healthcare Network para sus necesidades de atención médica!