

Butte County Public Health Department

Fecha _____ Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Nombre al nacer (de ser diferente): _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correspondencia (de ser diferente) _____

Tele. de casa _____ Celular _____ Tele. de trabajo _____

Email: _____ Nombre de la mamá _____

Póngase en contacto conmigo por: Tele ____ (inicial) Correo ____ (inicial) Email ____ (inicial) Ningun Contacto ____ (inicial)

Sexo: H M Trans género Estado Civil Soltero/a Casado/a Viudo/a Separados Pareja

Raza: Hispano Asiático Indigno Norte Americano Islas del Pacifico Negro Blanco Otro

Etnicidad: Hispano No Hispano Idioma primario _____

Emigrante: Si No Sin Hogar: Si No Inmigrante: Si No De temporada: Si No Discapacidades: Si No

Estudiante: Tiempo Completó Tiempo parcial

Empleador _____ Ocupación _____

Numero de la familia en el hogar _____ Ingreso mensual \$ _____

En caso de emergencia notificar _____ Relacion _____

Numero de teléfono _____ Celular _____ Trabajo _____

Información de seguro MEDI-CAL FAMILY PACT MEDI-CARE SEGURO PRIVADO NO TENGO SEGURO MEDICO

La información de arriba es verdad, lo mejor de mi conocimiento. Yo doy consentimiento para recibir los servicios que se ordenen por las enfermeras para el miembro de mi familia mencionado arriba por nombre.

- Yo estoy de acuerdo de no hacer responsable de Departamento de Salud Publica ni a sus empleados, por cualquier acto de omisión en seguir las instrucciones.
- Yo estoy de acuerdo que me llamen y me envíen correspondencia del Departamento de Salud al numero de teléfono y al domicilio ya mencionados arriba, si es que no anote lo contrario
- Yo autorizo a mi seguro medico para que paguen por mis servicios directamente al Departamento de Salud Publica Condado de Butte
- Yo entiendo que otros Departamentos dentro del Departamento de Salud Publica pueden tener acceso a mi archivo medico y compartir mi boleta de vacunas con las escuelas, hospitales y guarderías
- Yo entiendo que mi consultas se mantendrá confidencial excepto en los casos de abuso o agresión sexual.

Firma del Cliente/ Tutor Legal

Fecha

Firma del Personal

Fecha

Parentesco con el cliente, si no es usted el cliente _____

¿Es su primera vez en la clínica? No Si Como escucho de nuestros servicios....

Amigo/Familia Empleador Maestro/Conejero ARC Refugio

Departamento de Servicios Social Periódico

Presentación: _____

Folleto

6th St

Doctor

Internet

Otro (describa) _____