

# 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: \_\_\_\_\_

Otro (describa) \_\_\_\_\_

Folleto

6<sup>th</sup> St

Doctor

Internet