

AGENCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD DEL CONDADO DE VENTURA PARA INDIVIDUOS, FAMILIAS, Y COMUNIDADES

Su salud y bienestar son importantes para nosotros. En un esfuerzo por hacer la experiencia de hoy lo mejor que pueda ser, por favor díganos más acerca de usted. La información que usted provee nos permitirá proporcionarle recursos médicos, sociales y financieros que son económicos, comprensivos, y compasivos en todo nuestro sistema de atención.

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento del cliente:** _____

Dirección del cliente: _____ **Teléfono del cliente:** (_____) _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Favor de marcar la caja para clientes menores de 18 años.

Estoy completando esta forma para un menor de edad. Relación a el cliente: _____

Favor de marcar la declaración que mejor describa su situación de vivienda.

- Vivo en una casa, la cual rento o soy dueño/a de ella.
- Me estoy quedando con una serie de amigos y / o miembros de familia en una situación temporal.
- Me estoy quedando en viviendas de apoyo o de transición (como una casa de vida sobria o casa de recuperación).
- Yo vivo en un centro público o privado que ofrece alojamiento temporal (como un refugio, la misión, instalaciones de habitación individual o motel).
- Se me ha liberado de una institución (como la cárcel o un hospital) sin vivienda estable a la cual volver.
- Yo vivo en la calle, en un coche, parque, acera o en un edificio abandonado, o cualquier situación inestable o no permanente.
- Yo vivo en una casa con padres temporales.

Favor de completar la siguiente información.

Gano aproximadamente esta cantidad de \$ dólares por mes:

\$0-\$1000 \$1001-\$1500 \$1501-\$2000 \$2001-\$2500 \$2501-and up

Numero de Familiares: _____

La Agencia de Salud del Condado de Ventura tiene interés en conectarlo a Salud-e-Connect, el portal donde usted puede acceder fácilmente sus registros de salud, incluyendo resúmenes de visita y las listas de medicamentos. Puede enviar mensajes seguros a su proveedor de cuidados de salud, solicitar resultados de las pruebas de sangre y concertar citas. Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted da su consentimiento para conectarse a VCHCA Health-e-Connect.

Si no desea conectarse a Salud-e-Connect, favor de marcar este cuadro:

La Agencia de Salud del Condado de Ventura tiene interés en mandarle mensajes de texto de recordatorios de sus citas, alcance comunitario, y otros materiales educativos a su teléfono móvil. Al proporcionar su número de teléfono móvil, usted da su consentimiento para recibir mensajes en su teléfono móvil de la Agencia de Salud del Condado de Ventura.

Si no desea recibir mensajes de texto en su teléfono móvil, favor de marcar este cuadro:

Teléfono móvil: (_____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

THIS IS NOT A PERMANENT PART OF THE MEDICAL RECORD

Por favor marque la declaración que mejor lo describa.

- Soy trabajador de campo.
- No soy trabajador de campo.

Por favor marque la declaración que mejor describa su estado como veteran.

- Soy veterano/a.
- No soy veterano/a.

Favor de marcar la declaración que describa mejor su origen étnico.

- No Hispano o Latino
- Hispano o Latino (Por favor elija una designación abajo):
 - Mexicano/Mexicano-Americano
 - Centro Americano
 - Sudamericano
 - Otro: _____
Por favor especifique

Favor de marcar la declaración que mejor describa su raza. Favor de marcar por lo menos un cuadro, aunque también se identifique como hispano o latino. Marque todos los que apliquen.

Indígena Americano o Nativo de Alaska

- Indígena Americano
- Nativo de Alaska
- Indígena Mexicano Americano (incluyendo Mixteco)
- Otro: _____
Por favor especifique

Asiático

- Indígena Asiático
- Camboyano
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Koreano
- Vietnamita
- Otro: _____
Por favor especifique

Nativo Hawaiano

- Nativo Hawaiano

Islaño del Pacífico

- Samoano
- Guameño o Chamorro
- Otro: _____
Por favor especifique

Negro o Afro Americano

- Negro
- Afro Americano
- Otro: _____
Por favor especifique

Blanco

- Europeo
- Mediorienta
- Árabe
- Otro (incluyendo Mexico, Centro America, Sudamerica and otros origenes Latinos)

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de imprenta: _____ Relación con el cliente: _____

THIS IS NOT A PERMANENT PART OF THE MEDICAL RECORD