

# Inscripción del cliente

Nombre legal* Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Nombre de preferencia:	
Sexo legal (marque solo uno) * <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino						Pronombres de preferencia:	
*Si bien Fenway reconoce una diversidad de géneros/sexos, desafortunadamente muchas compañías de seguros y entidades legales no lo hacen. Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que usted indicó en su seguro deben usarse en los documentos relacionados con el seguro, la facturación y la correspondencia. Si su nombre y sus pronombres de preferencia son diferentes a dichos nombres, avísenos.							
Fecha de nacimiento		Mes		Día		Año	
N.º de Seguro Social				N.º de ID. del Estado o N.º de Licencia			

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comunicarnos con usted de manera rápida y discreta para proporcionarle información importante.

Teléfono residencial ( )		Teléfono celular ( )		Teléfono laboral ( )		Número telefónico de preferencia: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral	
¿Podemos dejarle un mensaje de voz? Sí No		¿Podemos dejarle un mensaje de voz? Sí No		¿Podemos dejarle un mensaje de voz? Sí No			
Dirección local							
Dirección de facturación (si es distinta de la local)							
Dirección de correo electrónico:							
Ocupación		Empleador/Nombre de la escuela		¿Tiene usted cobertura de seguro de su empleador o de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del contacto de emergencia		Número de teléfono		Vínculo con usted			
Si usted es menor de 19 años, el Department of Public Health (Departamento de Salud Pública) requiere que proporcione la información de contacto de su padre/madre/tutor.							
Nombre del padre/madre/tutor		Número de teléfono		Vínculo con usted			
Fenway Health le enviará determinada correspondencia, como las facturas, a su dirección postal. ¿Cómo prefiere recibir otros tipos de correspondencia escrita? (marque una sola opción) <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (MyFenway) <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Otra							

Esta información es solo con fines demográficos y no afectará su atención.

1.) ¿Cuál es su ingreso anual?  <input type="checkbox"/> Sin ingresos  1 a.) ¿A cuántas personas (incluido usted) mantiene con su ingreso?  _____		2.) Estado laboral  <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa <input type="checkbox"/> Empleado de jornada parcial <input type="checkbox"/> Estudiante de jornada completa <input type="checkbox"/> Estudiante de jornada parcial <input type="checkbox"/> Retirado/jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Otro _____		3.) Grupos raciales (marque todos los que correspondan)  <input type="checkbox"/> Afroamericano / Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico / Blanco <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano / Nativo de Alaska / Inuit <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____		4.) Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/No latino  5) País de nacimiento <input type="checkbox"/> EE. UU. <input type="checkbox"/> Otro _____	
6.) Idioma de preferencia: (elija uno)  <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Otro _____		7.) Usted se considera: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual  <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> No sabe		8.) Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Otro  9.) Condición de veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano		10.) Fuente de la derivación: <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Amigo o familiar <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> Sala de emergencia <input type="checkbox"/> Publicidad/Internet/Medios/Extensionista/Escuela <input type="checkbox"/> Otro _____	
11.) ¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Queer o no exclusivamente femenino ni masculino		12.) ¿Cuál fue su sexo de nacimiento? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		13.) ¿Se identifica como transgénero o transexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		Continúa en la página siguiente 	