**Workflow for Gender Identity and Sexual Orientation**

**New Patients**

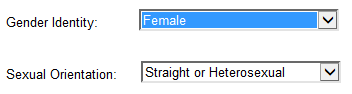
**Responsible: Front Desk**

1. All New Patient packets should now include the Patient Information Questionnaire
2. Upon receipt of the New Patient packet, please update the Registration Information, Demographic Information tab with the patient’s responses from the questionnaire.

1. The primary gender, should reflect the gender the patient was assigned at birth.



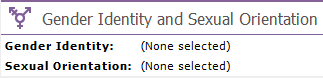
1. The Gender Identity should reflect how the patient describes themselves
2. The Sexual Orientation should reflect how they think of themselves



**Established Patients**

**Responsible: Population Health Specialist**

1. Review the Facesheet to see if the patient’s Gender Identity and Sexual Orientation have been recorded



1. If (None selected) a Patient Information Questionnaire should be completed
2. Add “PIQ” (Patient Information Questionnaire) to the scrubbing comments

**Responsible: Medical Assistants**

1. Review to see if scrubbing notes indicate that a “PIQ” (Patient Information Questionnaire) is needed.
2. If PIQ is needed, please complete the rooming process, and have the patient complete the PIQ while waiting for the Provider. (Just like an SBIRT)
3. After the patient has completed the PIQ, the patient’s Gender Identity and Sexual Orientation should be recorded on the Facesheet.
4. Check to ensure that the answer to question #1 matches the gender on the chart



**Cuestionario De Información Sobre El Paciente**

(Para pacientes mayores de 18 años)

Nuestro registro electrónico de salud fue recientemente renovado para incluir algunas preguntas nuevas. Solamente deberá contestar este cuestionario una vez, a menos que suceda un cambio. Usted puede actualizar esta información si es necesario. Las preguntas pueden parecer personal, pero nos ayudan entender a la población a la cual servimos.

1. Que género fue asignado al nacer, en su acta de nacimiento?

* Hombre
* Mujer

1. Como se describe?

* Hombre
* Mujer
* Transgénero hombre/Hombre trans/Mujer-a-Hombre
* Transgénero mujer/Mujer trans/Hombre-a-Mujer
* Ni exclusivamente Hombre o Mujer
* Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Elijo no revelar

1. Te consideras a ti mismo:

* Heterosexual (no gay o lesbiana)
* Lesbiana, Gay, o Homosexual
* Bisexual
* Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No Se
* Elijo no revelar

*Agradecemos su participación! Como centro de salud comunitario, se nos pide brindar la información sobre la población a la cual servimos. Esto nos ayuda identificar los recursos que se necesitan para asistir a nuestra comunidad y sus necesidades. Esta información puede ayudar a su Proveedor Medico entender de lleno sus necesidades médicas. Esta información es confidencial. .*