

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. Apellido:		Nombre:		Inicial:	
<input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> Srta.					
# Seguro Social:		Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año) / /		Edad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección Física:			Unidad/Apartamento/Suite/Piso:		
P.O. Box:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Raza: Marque todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____				Lenguaje preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano\Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano\Latino	Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	¿Es usted un estudiante?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
# Teléfono del hogar:		<input type="checkbox"/> del hogar		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/>
# Teléfono Celular:		<input type="checkbox"/> del hogar		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/>
Ocupación:	Nombre del Patrono: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	# Teléfono del Patrono: ( )			

**Correo electrónico:****PERSONA RESPONSABLE (COMPLETE SOLAMENTE SI NO ES EL PACIENTE)**

Nombre:		Dirección:			
Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año) / /		# Teléfono del hogar: ( )			
Ocupación:	Patrono:	Dirección del patrono:			
# Teléfono del Patrono: ( )		¿Es un trabajador de granja migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		# Seguro Social:	
Contacto de Emergencia Nombre:		Relación con el paciente:		# Teléfono del hogar: ( )	
Nosotros somos un centro de salud de la comunidad cualificado federalmente, por tal razón se nos requiere reportar información financiera básica sobre nuestros pacientes. Esta información es confidencial.					
Sin hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> viviendo con familiar/amigo	Trabajador Migrante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporada	Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	# personas en el hogar _____ Ingreso anual aproximado del hogar \$ _____		

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO**

(Favor de entregar la(s) tarjetas de seguro médico a él (la) recepcionista)

Nombre del asegurado principal:		# Número de póliza:	# Grupo:
Nombre del suscriptor:		Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre del seguro médico secundario (si aplica):		Número de Póliza:	# Grupo:
Nombre del suscriptor:		Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro	