

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Número de seguro social:		Fecha de Nacimiento (mes/día/año):		Sexo (a nacer): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio:			Ciudad:		Código postal:
Teléfono primario (con código de área):		Número celular (con código de área):		Correo Electrónico:	
¿Podemos identificarnos como Axis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Podemos contactarlo por correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Contacto de Emergencia:			Relación (cónyuge, padre, etc.)		Número de teléfono (con código de área):

Cómo se identifica: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Fem. a Masc.) <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Masc. a Fem.) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar		Se considera: <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar		Por favor seleccione su estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
¿Cuál es su idioma preferido? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____					
¿Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Personal de Axis/Evento <input type="checkbox"/> Internet/la página de Axis <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Sistema legal <input type="checkbox"/> Otro proveedor médico <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Comunicación social <input type="checkbox"/> Servicios Sociales/CPS					
¿Es usted mujer y cabeza del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Tiene una discapacidad mental o física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuál es su fuente de ingreso(s)? <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Asistencia General o Pública <input type="checkbox"/> Incapacidad/Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Otro _____					
Ingreso Bruto (antes de deducciones): \$ _____ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año			Tamaño de su Hogar (incluyendo usted): _____		
¿Esta sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contesto sí, por favor marque su situación de vivienda: <input type="checkbox"/> Rentando con otros <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Es usted un trabajador migrante o de temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Necesita un traductor para su visita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco (incluye Hispanos) <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> Más de una raza					
¿Es usted Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es usted veterano militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contesto sí, que tipo:			

Firma del Cliente/Paciente/Tutor

Si lo firmo el tutor, escriba su nombre

Fecha