

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Nombre Preferido (opcional):	Número de seguro social:	Sexo (al nacer): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento (mes/día/año):	Domicilio:	
Código postal:	Ciudad:	Número celular (con código de área):
Teléfono de Casa (con código de área):	Teléfono del Trabajo (con código de área):	Correo Electrónico:

Por favor seleccione su estado civil:

- Divorciado Legalmente separado Otro Soltero/a Viudo/a
 Pareja doméstica Casado/a Pareja Desconocido

Por favor seleccione su grupo étnico:

- Hispano No Hispano Elijo no divulgar Desconocido

Por favor seleccione su raza:

- Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii Prefer not to state Blanco
 Indio Americano Negro Isleño Pacifico Desconocido

Prefiero ser contactado por (elija todo lo que corresponda):

- Sin preferencias Correo Correo electrónico
 No contactos Teléfono MyChart

¿Es usted veterano militar?

- Sí No

Contacto de Emergencia:

Relación con el paciente (cónyuge, padre, etc.):

Número de teléfono (con código de área):

- Casa Trabajo Celular

¿Cuál es su situación laboral:

- Niño/a Desempleado Medio tiempo Temporal Estudiante (tiempo parcial)
 Tiempo completo En servicio militar activo Jubilado Trabajador Independiente Estudiante (tiempo completo)

¿Tiene una discapacidad mental o física?

- Sí No

¿Necesita un traductor para su visita?

- Sí No

¿Cuál es su idioma preferido?

- Inglés Español Chino Farsi Hindi Hmong Japonés Coreano
 Mandarín Punjabi Portugués Ruso Tagalo Urdu Vietnamita Otro _____

¿Tiene seguro medico?

- Sí No

Para pacientes menores de 18 años, nombre de la persona responsable:

Relación con el paciente:

- Padre Tutor Legal Otro _____

Fecha de nacimiento del padre/tutor (mes/día/año):

Ingreso Bruto (antes de deducciones):

\$ _____ Por semana Por mes Por año

Tamaño de su Hogar (incluyendo usted): _____

¿Esta sin hogar?

- Sí No

¿Es usted un trabajador migrante o de temporada?

- Sí No

Se considera:

- Lesbiana o Gay
 Heterosexual (no lesbiana o gay)
 Bisexual
 Otro
 No lo se
 Elijo no divulgar

Cómo se identifica:

- Femenino
 Masculino
 Transgénero Femenino (Masc. a Fem.)
 Transgénero Masculino (Fem. a Masc.)
 Otro
 Elijo no divulgar

Por favor, seleccione sus pronombres preferidos:

- Ella/su
 Él/su
 Ellos
 Nombre del paciente
 Elijo no divulgar
 Desconocido