

INFORMACION del PACIENTE

¡Muchas Gracias por elegir nuestra Clínica! Para servirlo apropiadamente y en orden, necesitamos la información que sigue a continuación. Por favor **escriba claramente** con letra de imprenta. Toda la información será confidencial.

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____M ____F Estado Civil: ____S ____C ____D ____V
Dirección: _____ No. Dpto.: ____ Ciudad: _____ Zip: _____
No. Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____
Teléfono Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

ETNIA:	LENGUAJE:	RAZA: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Isleño
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Hawaiano o Del Pacifico
<input type="checkbox"/> No sabe o declina	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe o declina

Seguro Médico: _____ No. de Póliza: _____
No. Medicare: _____ No. Medicaid: _____

Doctor Familiar (Primario): _____ fecha de su última visita: ____/____/____
Nombre de su esposo(a): _____
Nombre de su farmacia: _____ Teléfono: (____) _____
Empleador: _____ Posición: _____
Dirección de su trabajo: _____

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____ No. Dpto.: ____ Ciudad: _____ Zip: _____
Teléfono Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Persona responsable de la cuenta (use "igual" si es Usted misma)

Nombre de la persona responsable de la cuenta: _____
No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ No. Dpto.: ____ Ciudad: _____ Zip: _____
Teléfono Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

¿Cómo escucho acerca de nuestra Clínica? _____
¿Es nuestro paciente? ____ Si ____ no Nombre: _____