

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____

Apellido(s) anterior(es) usado(s) por el paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: ____/____/____

Dirección del paciente: _____

N.º apto./lote _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Residencia Trabajo Celular

Teléfono secundario: _____ Residencia Trabajo Celular

Dirección de correo electrónico: _____

Idioma preferido: INGLÉS ESPAÑOL OTRO: _____ ¿Se requiere intérprete? SÍ NO

¿Trabaja el paciente? SÍ NO Empleador: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Independiente
 Estudiante Militar activo(a) Jubilado(a)

INFORMACIÓN ADICIONAL - MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

Estado civil

- Divorciado(a)
- Separado(a) legalmente
- Casado(a)/unión civil
- Pareja
- Soltero(a)
- Viudo(a)
- Otro

Raza

- Indio americano(a)/nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Negro(a)/afroamericano(a)
- Nativo(a) de Hawái
- Otro isleño(a) del Pacífico
- Blanco(a)

Grupo étnico

- Hispano(a) o latino(a)
- No hispano(a) o latino(a)

Sexo al nacer

- Masculino
- Femenino

Identidad de género

- Femenino
- Masculino
- Transgénero masculino a femenino
- Transgénero femenino a masculino
- Otro
- Prefiere no revelar

Condición de trabajador agrícola

- Trabajador(a) agrícola migrante
- Ninguno
- Trabajador(a) agrícola estacional

Condición de veterano

- Sí
- No

Condición de persona sin casa

- Refugio para personas sin casa
- No vive en la calle
- Calle
- Transición
- Otro

Asistencia adicional

- Silla de ruedas
- Deficiencia auditiva
- Deficiencia visual
- Dificultad del habla

Orientación sexual

- Bisexual
- Heterosexual
- Lesbiana o gay
- Otra cosa
- No sé
- Prefiere no revelar

Tamaño de la familia: _____

Nivel de ingresos familiares anuales estimados:

- Menos de \$12,500
- \$12,501- \$17,500
- \$17,501- \$21,500
- \$21,501-\$25,500
- \$25,501-\$30,500
- \$30,501-\$35,500
- \$35,501- \$39,500
- \$39,501- \$43,500
- \$43,501- \$48,500
- \$48,501-\$52,500
- Más de \$52,500

¿Quién es legalmente responsable de las decisiones de atención médica y odontológica del paciente?

El paciente Madre/Padre Pariente Tutor Poder notarial Asistente social

Nombre: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Método de comunicación preferido: Teléfono Correo electrónico: _____

El paciente vive en: Residencia personal Instalación/casa de acogida Otro _____

**** Proporcione una copia de la documentación de la orden de custodia. Por ejemplo: orden de tutela, designación de apoderado de salud con poder notarial, consentimiento de servicio médico, etc.**

Información de seguro médico

ACTUALMENTE, NO TENGO SEGURO MÉDICO

Nombre de la compañía de seguros: _____

N.º de grupo/póliza: _____

N.º de identificación de miembro: _____

Si el titular de la póliza no es el paciente, complete la siguiente información:

Suscriptor del seguro: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____

Número de Seguro Social del suscriptor: ____/____/____

Información de seguro odontológico

ACTUALMENTE, NO TENGO SEGURO ODONTOLÓGICO

Nombre de la compañía de seguros: _____

N.º de grupo/póliza: _____

N.º de identificación de miembro: _____

Si el titular de la póliza no es el paciente, complete la siguiente información:

Suscriptor del seguro: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____

Número de Seguro Social del suscriptor: ____/____/____

Información de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____

N.º de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____