

DEMOGRAPHIC YONFORMACIÓN



Comprobar: BASSETT RIDGEWAY DENTAL PATRICK SPRINGS

(Por favor, complete el formulario completo). Fecha de finalización del formulario: _____

Nombre Legal Completo Del Paciente: _____ Hombre Mujer

No De Seguridad Social: _____ - - Fecha De Nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad/Estado/ Código postal: _____

Dirección Rección (si es diferente): _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono principal #: _____ Teléfono celular #: _____

Mejor hora para llamar: 9-12 am 12-5 pm después de las 5 pm

Responsable: Paciente Cónyuge Padre Otro: _____

Si el paciente es menor de 18 años, toda esta sección DEBE ser completada por el padre o tutor:

Garante: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del garante: _____ SSN: _____

Dirección: (si es diferente del paciente) _____

Ciudad/estado/código postal: _____ Teléfono # _____

Estado Civil: Soltero Casado Separado Viuda Divorciada Cónyuge Nombre: _____

Por Favor, Marque La Casilla Que Se Aplica al Paciente:

Desempleado discapacitado Empleado Apoyado por amigos /Familiares Estudiantes

Nombre del empleador: _____

Información de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono # _____ ¿Podemos discutir su información médica con esta persona? Sí No

Por favor, enumere a cualquier otra persona a la que le dé permiso para que discutamos su información médica:

Nombre	Relación	Número de teléfono
_____/_____/_____	_____/_____	_____/_____
Nombre	Relación	Número de teléfono

¿Tiene Una Directiva Anticipada? Sí No En caso afirmativo, proporcione una copia a la recepción.

¿Tiene seguro médico? Sí No (En caso afirmativo, presente la tarjeta en la recepción)

Nombre del seguro: _____ Número de póliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación del paciente con el asegurado: _____

(Sobre)

DEMOGRAPHIC YONFORMACIÓN

Dirección de correo electrónico: _____ o Rechazar / Sin Dirección de correo electrónico

Raza: (Marque todo lo que corresponda) Blanco Negro/Afroamericano Indio americano o nativo de Alaska
 Indio asiático Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái
 Otro isleño del Pacífico Guameño o Chamorro Samoano Más de una raza
 No reportado/Elija no revelar la raza

Etnia: ¿Es usted: Hispano, Latino/a o Español?
 Sí, Mexicano, mexicoamericano, chicano/a
 Sí, puertorriqueño
 Sí, cubano
 Sí, otro origen hispano, latino o español
 No hispano, latino o español
 No declarado/Elija no revelar

Pt/empleador del garante: _____
Dirección del empleador: _____
Teléfono del empleador # _____ Tiempo completo Tiempo parcial Otro: _____
¿Podemos dejarte un mensaje en tu trabajo? Sí No

¿ Habla Inglés? Sí No Si no, idioma preferido: _____ Need un intérprete? Sí No

Nombre De La Farmacia: _____ Dirección y número de teléfono: _____

A siguiente información es solo para fines de informes. Nunca se reporta información de identificación personal. Esta información es para la escala de tarifas móvil que necesitamos cantidad de dinero mensual total y número de personas que viven en la casa que se informan en la declaración de impuestos sobre la renta:

Ingreso familiar total anual (marque uno): **Número de personas en el hogar:** _____

- 0 - \$15,060
- \$15,210 - \$22,590
- \$22,815.90 - \$26,091.45
- \$26,355 – 29,818.80
- \$30,120.00 y superior Sin descuento

¿Es su principal fuente de trabajo para usted o su familia un trabajo agrícola estacional o migrante? Sí No

¿Eres un veterano? Sí No

¿Estás sin hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde te quedas por la noche? Shelter Street Amigo/Familia Otro _____

Orientación sexual:
 Heterosexual Bisexual Gay/Lesbiana Algo Más No Sé Elije No Revelar

Identificación de género:
 Hombre Mujer Transgénero Masculino / Hombre a Mujer Transgénero Femenino / Mujer a Hombre

Cualquier otro comentario relevante sobre sus necesidades de salud:

