

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. Especificar: _____

☐ 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 ☐ Elige 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:

¡Gracias!

Página 2