**PATIENT DEMOGRAPHICS**

|  |
| --- |
| INFORMACION DEL PACIENTE |
| APELLIDO NOMBRE   | # DE SEGURO SOCIAL |
| [ ]MUJER [ ] HOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | ESTADO CIVIL  [ ] S [ ] C [ ] V [ ] D  | DOCTOR PRIMARIO  |
| IDIOMA PRINCIPALINGLES- ESPANOL- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | RAZA ASIATICO-AFROAMERICANO-BLANCO- OTRO- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | IDENTIDAD ETNICAHISPANO- NO HISPANO-DESCONOCIDO-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DIRECCION APT CIUDAD/ESTADO CODIGO POSTAL  | TELEFONO  CASA ( ) CELULAR ( ) TRABAJO ( ) |
| CORREO ELECTRONICO | COMO ESCUCHASTE DE NOSOTROS? | MEDICO REMITENTE |
| INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE MARCAR SI ES IGUAL AL PACIENTIE [ ] |
| APELLIDO NOMBRE [ ] MUJER [ ] HOMBRE FECHA DE NACIMIENTO   | CUAL ES SU RELACION CON EL PACIENTE? |
| DIRECCION APT CIUDAD/ESTADO CODIGO POSTAL | TELEFONO CASA ( ) CELULAR ( ) TRABAJO ( ) |
| INFORMACION DE EMPLEADOR |
| EMPLEADOR DIRECCION CIUDAD/ESTADO CODIGO POSTAL  |
| CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA MARCAR SI ES IGUAL A LA PERSONA RESPONSABLE [ ] |
| APELLIDO NOMBRE [ ] MUJER [ ] HOMBRE FECHA DE NACIMIENTO  | CUAL ES SU RELACION CON EL CONTACTO DE EMERGENCIA? |
| DIRECCION APT CIUDAD/ESTADO CODIGO POSTAL |  TELEFONO CASA ( ) CELULAR ( ) TRABAJO ( ) |
| CONTACTO DE TUTOR LEGAL MARCAR SI EL IGUAL A LA PERSONA [ ] RESPONSABLE [ ] CONTACTO DE EMERGENCIA |
| APELLIDO NOMBRE [ ] MUJER [ ] HOMBRE FECHA DE NACIMIENTO   | CUAL ES SU RELACION CON EL TUTOR LEGAL? |
| DIRECCION APT CIUDAD/ESTADO CODIGO POTAL | TELEFONO CASA ( ) CELULAR ( ) TRABAJO ( ) |
| INFORMACION DE SEGURO MARCAR SI TIENES CARGO AL PACIENTE |
| MARCAR SI ES IGUAL A LA PERSONA [ ] RESPONSABLE  | MARCAR SI ES IGUAL A LA PERSONA [ ] RESPONSABLE  |
| NOMBRE DEL ASEGURADO FECHA DE NACIMIENTO | NOMBRE DEL ASEGURADO FECHA DE NACIMIENTO |
| RELACION AL PACIENTE  | [ ] MUJER [ ] HOMBRE | RELACION AL PACIENTE | [ ] MUJER [ ] HOMBRE |
| NOMBRE DE LA COMPANIA PRIMARIA DE SEGURO | NOMBRE DE LA COMPANIA SECONDARIA DE SEGURO |
| DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGURO | DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGURO |
| CIUDAD/ESTADO, CODIGO POSTAL | CIUDAD/ESTADO, CODIGO POSTAL  |
| NUMERO DE POLIZA # NUMERO DE GRUPO# | NUMERO DE POLIZA# NUMERO DE GRUPO# |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Paciente/Tutor Fecha Imprima Nombre del Paciente/Tutor