**PATIENT DEMOGRAPHICS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACION DEL PACIENTE | | | | | | | | | | |
| APELLIDO NOMBRE | | | | | | | # DE SEGURO SOCIAL | | | |
| [ ]MUJER [ ] HOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | | ESTADO CIVIL  [ ] S [ ] C [ ] V [ ] D | | | | DOCTOR PRIMARIO | | | |
| IDIOMA PRINCIPAL  INGLES- ESPANOL- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | RAZA  ASIATICO-AFROAMERICANO-BLANCO- OTRO- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | IDENTIDAD ETNICA  HISPANO- 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