

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Primer Nombre:</b>	<b>Segundo Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>
<b>Nombre Preferido (opcional):</b>	<b>Número de seguro social:</b>	<b>Sexo (al nacer):</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Fecha de Nacimiento (mes/día/año):</b>	<b>Domicilio:</b>	<b>Número de apartamento</b>
<b>Código postal:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Número celular (con código de área):</b>
<b>Teléfono de Casa (con código de área):</b>	<b>Teléfono del Trabajo (con código de área):</b>	<b>Correo Electrónico:</b>

**Por favor seleccione su estado civil:**

- Divorciado     Legalmente separado     Otro     Soltero/a     Viudo/a  
 Pareja doméstica     Casado/a     Pareja     Desconocido

**Por favor seleccione su grupo étnico:**

- No Hispano o Latino / a     Otro origen Hispano, Latino / a o Español     Mexicano, Mexicoamericano o Chicano/a     Puertorriqueño     Desconocido  
 Elijo no divulgar

**Please select your race:**

- Nativo de Alaska     Negro / afroamericano     Nativo Hawaiano     Chino     Guameño o Chamorro     Caucásico  
 Indio Americano     Samoan     Isleño del Pacífico     Filipino     Japonés     Elijo no divulgar  
 Indio Asiático     Otro Asiático     Vietnamita     Coreano     Desconocido

**Prefiero ser contactado por (elijá todo lo que corresponda):**

- Sin preferencias     Correo     Correo electrónico  
 No contactes     Teléfono     MyChart

**¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos?**

- Sí     No

**Contacto de Emergencia:**

**Relación con el paciente (cónyuge, padre, etc.):**

**Número de teléfono (con código de área):**

- Casa     Trabajo     Cell

**¿Eres el tutor legal?**

- Sí     No

**¿Trajo los documentos actualizados para demostrar que es el representante legal del pacientes?**

- Sí     No

**¿Cuál es su situación laboral:**

- Niño/a     Desempleado     Medio tiempo     Temporal     Estudiante (tiempo parcial)  
 Tiempo completo     En servicio militar activo     Jubilado     Trabajador Independiente     Estudiante (tiempo completo)

**¿Tiene una discapacidad mental o física?**

- Sí     No    Si es así, ¿qué discapacidad?: \_\_\_\_\_

**¿Necesita un traductor para su visita?**

- Sí     No

**¿Cuál es su idioma preferido?**

- Inglés     Español     Cantonés     Farsi     Hindi     Hmong     Japonés     Coreano  
 Mandarín     Punjabi     Portugués     Ruso     Tagalo     Urdu     Vietnamita     Otro \_\_\_\_\_

**¿Tiene seguro medico?**

- Sí     No

**Para pacientes menores de 18 años, nombre de la persona responsable:**

**Relación con el paciente:**

- Padre     Tutor Legal     Otro \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del padre/tutor (mes/día/año):** \_\_\_\_\_

**Ingreso Bruto (antes de deducciones):**

\$ \_\_\_\_\_  Por semana     Por mes     Por año

**Tamaño de su Hogar (incluyendo usted):**

\_\_\_\_\_

**¿Esta sin hogar?**

- Sí     No

**¿Vive en una unidad de vivienda pública?**

- Sí     No

**¿Es usted un trabajador migrante o de temporada?**

- Sí     No

**Se considera:**

- Lesbiana o Gay  
 Heterosexual (no lesbiana o gay)  
 Bisexual  
 Otro  
 No lo se  
 Elijo no divulgar

**Cómo se identifica:**

- Femenino  
 Masculino  
 Transgénero Femenino (Masc. a Fem.)  
 Transgénero Masculino (Fem. a Masc.)  
 No binario / genderqueer  
 Otro  
 Elijo no divulgar

**Por favor, seleccione sus pronombres preferidos:**

- Ella/su  
 Él/su  
 Ellos  
 Nombre del paciente  
 Elijo no divulgar  
 Otro  
 Desconocido

Firma del Cliente/Paciente/Tutor

Si lo firmo el tutor, escriba su nombre

Fecha