

| DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS | | |
|--|--|---------------------------------|
| PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE | SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE | APELLIDO DEL PACIENTE Y TÍTULO |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) | SEXO |
| DOMICILIO: CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL | | |
| TELÉFONO PRINCIPAL Y TIPO (CELULAR, HOGAR, ETC.) | TELÉFONO ALTERNATIVO Y TIPO (CELULAR, HOGAR, ETC.) | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |

**Si no desea que se lo contacte por motivos confidenciales, debe informar a la recepción

| | | | |
|---------------------------|--|--|---|
| IDIOMA PRINCIPAL: | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Otro: |
| ESTADO CIVIL: | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo |
| SITUACIÓN COMO ESTUDIANTE | <input type="checkbox"/> No es estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial | | |

| CONTACTOS DE LOS PACIENTES | | |
|----------------------------|--------------|--------------------|
| EN CASO DE EMERGENCIA | RELACIÓN | NÚMERO DE TELÉFONO |
| OTRO MÉDICO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO |
| OTRO MÉDICO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO |

| INFORMACIÓN ADICIONAL DEMOGRÁFICA | |
|---|---|
| RAZA <input type="checkbox"/> Aborigen americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se negó a especificar | SIN HOGAR <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otro |
| | NECESIDADES LINGÜÍSTICAS ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ETNIA <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Se negó a especificar | VETERANO <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano |

INGRESOS

Como centro de salud que recibe fondos federales, debemos conocer el tamaño de la familia y los ingresos de todos los pacientes. Aunque los pacientes con seguro pueden sentirse incómodos al completar esta sección, se agradece su cooperación, que nos ayudará a prestar servicios a otros pacientes de la comunidad que puedan necesitarlo. En el caso de los pacientes con seguro, los datos de los ingresos se informarán al gobierno federal; no obstante, no se asociará su nombre a ellos. En el caso de personas sin seguro o con seguro insuficiente, esta información se utilizará para calcular su descuento.

| | | | | |
|---|--|---|---|--------------------------------|
| MONTO DE LOS INGRESOS BRUTOS: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente | | Para uso de oficina únicamente: Comprobante del origen de los ingresos (descuento variable únicamente) | | |
| TAMAÑO DE LA FAMILIA QUE SE MANTIENE CON ESTOS | | <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Otro: |
| Cantidad de adultos | | <input type="checkbox"/> Seguro social | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | |
| Cantidad de niños | | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> TANF /FIP | |

SEGURO MÉDICO

| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL: | NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO: |
| NÚMERO DE LA PÓLIZA: | NÚMERO DE LA PÓLIZA: |
| NOMBRE DEL ASEGURADO: | NOMBRE DEL ASEGURADO: |
| FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: | FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: |

SEGURO ODONTOLÓGICO

| | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| NOMBRE DEL SEGURO ODONTOLÓGICO: | NÚMERO DE LA PÓLIZA: |
| NOMBRE DEL ASEGURADO: | FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: |

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA DE HOY: _____