

**** Todos Los Espacios Deben Ser Completados ****

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____ # Social : _____
 Primer Nombre: _____ MI _____ Apellido: _____ Sufís: _____
 Sex: H / M Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____
 (Por favor círculo uno)
Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Enviudado Separado
Nacionalidad: Afro Indio Amer Asiático Blanco Hispano Otro
Etnia: Latino Otro Negado
Lengua Materna: _____

INFORMACION DEMOGRAFIA

Dirección Permanente Del Paciente	Información De Empleo:(Por favor círculo uno)
Dirección: _____	EMPLEADO INDEPENDIENTE RETIRADO INCAPACITADO
Dirección: _____	DESEMPLEADO ESTUDEIANTE
Ciudad: _____	Dirección: _____
Estado: _____ #Postal: _____	Ciudad: _____ #Postal: _____
**Por favor circulo de tipo perferred de comunicación	Estado: _____
Teléfono - Casa: _____	Teléfono - Trabajo: _____
Teléfono - Trabajo: _____	
Teléfono - Celular: _____	
Dirección De Correo Electrónico: _____	
**Si no tiene direccion de correo electronico escriba NO TENGO UNO	

Información de garante

¿Quién es su médico primario?: _____
 ¿Quien le refirió a la clínica? (Por favor círculo uno) Referral Svc 535-4DOC Paseo-en Paginas amarillo
 Referían Medico: _____ Amigo Radio Tarjeta postal Otro _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Persona Responsable Financiera o Garante _____
 Fecha De Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Dirección: _____ Estado: _____ #Postal _____
 Teléfono: _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

Segura Primario:	Segura Secundario:
Numero social Del Asegurado: _____	Numero social Del Asegurado: _____
Nombre De Asegurado Primario: _____	Nombre De Asegurado Primario: _____
Fecha De Nacimiento: _____	Fecha De Nacimiento: _____
# ID: _____	# ID: _____

INFORMACION EN DE COMUNICACION

Social: _____ Relación Al Paciente: _____
 Nombre: _____
 Teléfono - Casa: _____ Teléfono- Del Trabajo: _____

¿Quién es el guardián legal del paciente?: **El Paciente o Otro**
 **Si otro es seleccionado escribe por favor nombre y número de teléfono
 Nombre: _____ Teléfono: _____
 ¿Fumador? (Por favor círculo uno) **Fumador actual Fumador anterior Nunca fumado**
 ¿Tiene un deterioro visual que dificultaría usted de leer materiales escritos de su médico?
 Por favor círculo uno: **Si o No**
 ¿Tiene un deterioro de oído que estorbaría comunicación verbal con su médico?
 Por favor círculo uno: **Si o No**