



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (REV 1//18)

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Dirección postal/Apartado postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal con código de área: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

¿Veterano de Estados Unidos?  Sí  No

Identidad de género:  Hombre  Mujer  Transgénero Hombre/Mujer a Hombre

Transgénero Mujer/Hombre a Mujer  Elijo no divulgar  Otro

Raza:  Indio americano/Nativo de Alaska  Asiático  Negro/Afroamericano

Nativo de Hawái  Otros Isleño del Pacífico  Blanco  Más de una raza

Elijo no divulgar

Hispano/Latino:  Sí  No

Lengua materna:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Orientación sexual:  Heterosexual  Lesbiana u homosexual  Bisexual  Algo más

No sé  Elijo no divulgar

¿Está sin hogar?  Sí  No

En caso AFIRMATIVO, vive:  En un albergue para personas sin hogar  En vivienda de transición

Con amistades  En la calle  En un espacio no diseñado para dormir  Desconocido

¿Es un trabajador migrante?  Sí  No ¿Es un trabajador de temporada?  Sí  No

¿Cuál es el ingreso mensual de su familia? \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuántos dependientes tiene? \_\_\_\_\_

Tipo de seguro:  Medicare  Medi-Cal  IEHP Medi-Cal  Seguro privado  Sin seguro

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia ¿a quién podemos contactar sobre la atención médica del paciente?

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_