

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PATIENT INFORMATION

Nombre legal completo (Primero, segundo, apellido, sufijo) Full legal name (First, Middle, Last, suffix)		Apellido Nickname	Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Fecha de nacimiento Date of birth	Raza Race	Idioma de preferencia Preferred language	
Étnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho Marital status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Life partner		
Dirección postal completa: Complete mailing address (Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)			
Número de teléfono de casa: Home phone number	Número de móvil: Cell phone number	Número del trabajo: Work number	
Dirección de correo electrónico: Email			
Situación laboral: <input type="checkbox"/> A jornada complete <input type="checkbox"/> A media jornada <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación: Employment status: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Active duty <input type="checkbox"/> Self-employed <input type="checkbox"/> Not employed <input type="checkbox"/> Retirement date:			
Nombre del empleador: Employer name:		Número de teléfono del empleador: Employer phone number:	
Dirección completa del empleador: Employer complete address (Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)			

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O TUTOR (parte responsable)

SPOUSE OR GUARANTOR INFORMATION (Responsible party)

Igual que el paciente
 Same as patient

Nombre legal completo (Primero, segundo, apellido, sufijo) Full legal name (First, Middle, Last, suffix)		Fecha de nacimiento Date of birth
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: Relation to patient: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> Other:	Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Número de teléfono de casa: Home phone number	Número de móvil: Cell phone number	Número del trabajo: Work number
Dirección postal complete – De ser diferente a la del paciente: Complete mailing address – if different from patient (Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)		
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> A media jornada <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación: Employment status: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Active duty <input type="checkbox"/> Self-employed <input type="checkbox"/> Not employed <input type="checkbox"/> Retirement date:		
Nombre del empleador: Employer name		Número de teléfono del empleador: Employer phone number
Dirección completa del empleador: Employer complete address (Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)		

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Nombre (primer nombre y apellido): Name (First, Last)		
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: Relation to patient: <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> Other:		
Número de teléfono de casa: Home phone number	Número de móvil: Cell phone number	Número del trabajo: Work number
Dirección postal complete – De ser diferente a la del paciente: Complete mailing address – if different from patient		

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO
INSURANCE INFORMATION

Pago sin cobertura de seguro
 Self-pay (no insurance)

Seguro médico principal: _____ Primary insurance	Relación del paciente con el portador de la póliza: <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ Patient relation to subscriber: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other
Seguro médico secundario: _____ Secondary insurance	Relación del paciente con el portador de la póliza: <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ Patient relation to subscriber: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other
Proveedor de recetas médicas: _____ (De ser diferente al seguro médico) Prescription/Rx provider (if different from insurance carrier)	
Nombre completo del portador de la póliza: _____ (Complete a continuación de ser diferente al paciente, cónyuge o tutor) Full name of subscriber (Complete below if different from patient, spouse or guarantor)	
Fecha de nacimiento del portador: _____ Subscriber date of birth	
Situación laboral: <input type="checkbox"/> A jornada complete <input type="checkbox"/> A media jornada <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación: _____ Employment status: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Active duty <input type="checkbox"/> Self-employed <input type="checkbox"/> Not employed <input type="checkbox"/> Retirement date	
Nombre del empleador: _____ Employer name	Tamaño personal empleador: <input type="checkbox"/> De 0 a 19 empleados <input type="checkbox"/> De 20 a 99 <input type="checkbox"/> Más de 100 Employer size: <input type="checkbox"/> 0 - 19 employees <input type="checkbox"/> 20 - 99 <input type="checkbox"/> 100+
Dirección completa del empleador: _____ Employer complete address (Calle, ciudad, Estado, código postal, condado) (Street, city, state, zip code, county)	

Nombre del médico de Atención primaria: Primary care physician:	¿Desea que alguien sepa que está aquí? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No Do you want anyone to know you are here? <input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No
---	--