

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

| Información del paciente | | | | | | | |
|---|---------------------|---|---|--|---|--|---|
| Apellido | | Nombre | | Segundo nombre | Sufijo | N.º de seguro social | |
| Género (marcar) | Fecha de nacimiento | Estado civil (marcar) <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | Médico de atención primaria | | |
| Idioma preferido (marcar) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español | | Raza (marcar) <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | | Etnicidad (marcar) <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana <input type="checkbox"/> Desconocida | | |
| Domicilio postal | Departamento/lote | Ciudad/estado | Código postal | Números de teléfono Particular () Celular () Laboral () | | | |
| Dirección de correo electrónico | | ¿Cómo nos conoció? | | | Médico que deriva | | |
| Parte responsable | | | | | | | |
| Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Paciente | | | | | | | |
| Apellido | | Nombre | | Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento | | ¿Cuál es el vínculo del paciente con la parte responsable? |
| Domicilio postal | Departamento/lote | Ciudad/estado | Código postal | Números de teléfono Particular () Celular () Laboral () | | | |
| Información del empleador | | | | | | | |
| Empleador | | Domicilio | | Ciudad/estado | Código postal | | |
| Contacto de emergencia | | | | | | | |
| Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable | | | | | | | |
| Apellido | | Nombre | | Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento | | ¿Cuál es el vínculo del paciente con el contacto de emergencia? |
| Domicilio postal | Departamento/lote | Ciudad/estado | Código postal | Números de teléfono Particular () Celular () Laboral () | | | |
| Contacto del representante | | | | | | | |
| Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia | | | | | | | |
| Apellido | | Nombre | | Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento | | ¿Cuál es el vínculo del paciente con el representante? |
| Domicilio postal | Departamento/lote | Ciudad/estado | Código postal | Números de teléfono Particular () Celular () Laboral () | | | |
| Información del seguro | | | | | | | |
| Marcar si es: <input type="checkbox"/> Pago particular | | | | | | | |
| Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable | | | Marcar si es el mismo que: <input type="checkbox"/> Parte responsable | | | | |
| Nombre del suscriptor/miembro | | Fecha de nacimiento | | Nombre del suscriptor/miembro | | Fecha de nacimiento | |
| ¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor? | | Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | ¿Cuál es el vínculo del paciente con el suscriptor? | | Género (marcar) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Compañía de seguros primaria | | Fecha de inicio | | Compañía de seguros secundaria | | Fecha de inicio | |
| Domicilio postal del seguro postal | Ciudad/estado | Código | Domicilio postal del seguro postal | Ciudad/estado | Código | | |
| N.º de suscriptor/miembro | | N.º de grupo | | N.º de suscriptor/miembro | | N.º de grupo | |

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Aclaración en letra imprenta del paciente o del representante legal