

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:		Genero: M      F      T: FTM – MTF	
						Orientacion Sexual:	
Nombre Preferido(Si diferente al anterior):			Fecha de Nacimiento:		Idioma Preferido:		
Correo Electronico:				Ocupacion: <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Disabilitado <input type="checkbox"/> Estudiante			
Direccion:			Apt#	Ciudad		Estado	Codigo Postal
Numero de Celular:		Numero de Casa:			Numero de Trabajo:		
<b>RACE</b>	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Americano Negro o Africano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Niega a Responder			

**FARMACIA:**

Nombre de la Farmacia	Dirreccion:	Numero de Telefono
-----------------------	-------------	--------------------

**NOMBRE DEL ASEGURADOR (SI DIFERENTE AL PACIENTE)**

Apellido del Asegurador:	Nombre del Asegurador:	Segundo Nombre:	Genero:	Edad:	Fecha de Nacimiento:
Numero de Celular:	Numero de Trabajo:				
Nombre del Empleador:	Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre:	Relacion al Paciente:	
Numero Primario:	Numero Secundario:	

**HAY ALGUIEN MAS QUE LE GUSTARIA ENLISTAR**

CUIDADOR PRIMARIO     APODERADO DE SALUD     OTRO

Nombre:	Relacion al Paciente:	Numero de Telefono:
---------	-----------------------	---------------------

**POR FAVOR DIGANOS QUE OTRO PROVEEDOR ESTA TENIENDO EL CUIDADO DE SALUD?  
(POR EJEMPL: CARDIOLOGO, DERMATOLOGO, O ALGUN OTRO ESPECIALISTA)**

Nombre de Proveedor:	Direccion:	Numero de Telefono:
Nombre de Proveedor:	Direccion:	Numero de Telefono:
Nombre de Proveedor:	Direccion:	Numero de Telefono:

**DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD**

Esta Ud. Sin Hogar? (por favor encierre)      SI      NO

HAY ALGUN AMIGO, RELATIVO, O VECINO QUE TOMARIA CUIDADO DE USTED POR ALGUNOS DIAS EN CASO DE EMERGENCIA

Familia    Amigos    Servicio Comunitario    Ninguno			
<b>PACIENTES PEDIATRICOS EDAD 2-18 RELLENE ESTA SECCION</b> <b>PADRE/GUARDIAN LEGAL</b>			
<b>Nombre del Paciente Pediatrico</b>			
Apellido de la Madre:	Nombre de la Madre:	Segundo Apellido de la Madre	Fecha de Nacimiento de la Madre:
Dirreccion de la Madre:			Numero Celular de la Madre:
Apellido del Padre	Nombre del Padre:	Fecha de Nacimiento del Padre:	Numero Celular del Padre:
Dirreccion del Padre:			
GUARDIAN: (si es diferente a los padres) Nombre:	Apellido del Guardian:	Relacion al Niño(a):	Numero del Celular del Guardian:
Direccion del Guardian:			
<b>Niño(A) VIVE CON    <input type="checkbox"/> MADRE    <input type="checkbox"/> PADRE    <input type="checkbox"/> GUARDIAN    <input type="checkbox"/> OTRO</b>			