



POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE Y COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN

INFORMACION PERSONAL			
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Client #/Encounter#
Dirección		Apt#	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono		Correo electrónico	
Seguro Social o # de Alien/USCIS	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero varón a hembra <input type="checkbox"/> Transgénero hembra a varón	
Nombre del Contacto de Emergencia		Teléfono del Contacto de Emergencia	
Raza (seleccione todas la que aplican) <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska/Americana <input type="checkbox"/> Indígena de la Islas del Pacifico o de Hawaii <input type="checkbox"/> Otro _____			
País de Origen: _____		Usted habla ingles? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			

INFORMACION DE SEGURO MEDICO	
Seguro Médico: <i>Sí / No</i> (Si respuesta es si puede continuar) <i>Le cobraremos a su seguro médico por los servicios prestados en el día de hoy. Usted, o el asegurado, podrían recibir por correo un estado de explicación de servicios recibidos por parte de su compañía de seguros. Si hay una razón específica por la que NO quiere que le facturemos a su seguro médico, por favor, hable con un miembro del personal sobre esto cuando sea llamado.</i>	
<i>Autorizo a que se facture mi seguro médico por los servicios prestados en el día de hoy - Sí / No</i>	
Firma _____ Fecha _____	
Nombre de la Compañía de Seguro	# de Póliza del Miembro
Nombre del Miembro	Número del Grupo

INFORMACION DE ESPOSO(A) / MADRE O PADRE		
Apellido _____	Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social o # de Alien/USCIS _____	Trabajo Actual _____	
Número de niños de 18 años de edad o menores que estén viviendo en su hogar _____		



INFORMACION DE TRABAJO (ADULTO)			
Dirección Calle: _____			
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	
Teléfono # _____			

LISTA DE LOS NIÑOS DE 18 AÑOS O MENORES QUE ACTUALMENTE VIVEN EN SU HOGAR				
Apellido	Nombre	M/F	Fecha de Nacimiento Mes Dia Año	Seguro Social o #

Firma _____

Fecha _____