

Nombre: _____
Apellido(s) Primer nombre Segundo nombre
Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Número de seguro social:** _____ **Sexo:** F M

Dirección: _____

Apartado postal _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Teléfono celular/casa: (____) _____ **Oficina:** (____) _____ **Correo electrónico:** _____

Estado civil: _____ **Estudiante:** Tiempo completo Tiempo parcial **Lenguaje primario:** _____

MedNorth es un centro de salud federalmente calificado, por lo tanto, se nos exige obtener información demográfica de cada paciente. La información suministrada por usted es confidencial. Agradecemos su cooperación con estos requisitos de información. Favor marque Elige no reportar, si no quiere responder a una pregunta en particular. Gracias por escoger a MedNorth como su proveedor de salud.

Raza (marque uno) Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Nativo Americano Isleño del Pacifico
 Blanco Hawaiano Otro Elige no reportar
Etnicidad (marque uno) Hispano/Latino No Hispano/Latino Otro Elige no reportar
Sexual Orientación:
 Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Otro No sé Elige no reportar
Identidad de género:
 Hombre Mujer Transgénero - hombre a mujer Transgénero - mujer a hombre Otro Elige no reportar

¿Es usted un Veterano US? Si No

Tipo de vivienda del paciente o padre/ tutor del paciente, si es menor de edad (seleccione uno)
 Renta o es dueño Transitorio (vive de lugar en lugar) Calle Elige no reportar
 Refugio (sin hogar) Otro _____ Doble (vivienda compartida)

Ingreso total de familia (anual) – seleccione uno
 \$12,140 o menos \$12,141 - \$16,460 \$16,461 - \$20,780 \$20,781 - \$25,100 \$25,101 - \$29,420 \$29,421 - \$33,740
 \$33,741 - \$38,060 \$38,061 - \$42,380 \$42,381 - \$46,700 \$46,701 - \$51,020 \$51,021 - \$55,340 \$55,341 - o más

Número de miembros de familia: _____ Elige no reportar
Empleador del paciente: _____ **Dirección:** _____

Nombre de esposo/a: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Empleador del esposo/a: _____ **Dirección:** _____

En caso de **EMERGENCIA**, podemos llamar a: Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ Rel: _____

Información del fiador: (Persona que paga la cuenta) Nombre: _____

Teléfono: (____) _____ Teléfono de trabajo: (____) _____ Relación _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Empleador: _____ Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Si el paciente es un menor:
Padre/Tutor legal del menor (1)
Nombre completo: _____ **Teléfono:** (____) _____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono de trabajo:** (____) _____

Padre/Tutor legal del menor (2) [Si aplica]
***Nombre completo:** _____ **Teléfono:** (____) _____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono de trabajo:** (____) _____

(*Notificación Importante: La información anterior **No** es una autorización y/o asignación de un representante personal. Es **REQUERIDO** que firme una autorización para divulgar datos médicos.)

Esta visita es debido a un Accidente/Golpe?: Si No Fecha del Accidente/Golpe: ____/____/____ **WC/ 3rd party liability form completed: _____

 Al marcar esta casilla, yo verifico que no tengo seguro o tengo un plan con alto deducible. Me han ofrecido un formulario para aplicar al programa de descuento (Caremed), a través del centro de salud y ELIJO NO APLICAR.

Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

_____/_____/_____
(Firma del paciente del Padre/ Tutor si el paciente es menor) (Fecha)