

FORMA DE INFORMACION DEMOGRAFICA PARA NIÑO(A), (17 AÑOS O MENOR) PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE

Fecha de visita _____ Hora de la cita _____ Hora de registro _____

Es su primera visita Si _____ No _____ Razón por la visita _____

Apellido legal _____ Nombre legal _____ Segundo nombre _____

Dirección de la casa _____ Apt # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección de correo _____ Apt # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Condado _____ Teléfono _____ Celular _____ # Seguro Social _____

M _____ F _____ Raza _____ Hispano Si _____ No _____ Fecha de nacimiento _____ Edad-hoy _____ meses _____ Días _____

Nombre y Apellido de la madre _____ Nombre y Apellido del padre _____

Su Nombre _____ Relación con el niño(a) _____ Guardián legal: S _____ N _____

Nombre de un contacto de emergencia _____ Parentesco _____ # Tel.: _____

Por favor liste todos los miembros de la familia viviendo en su casa y escriba el ingreso mensual si es aplicable

Nombre	Fecha de nacimiento	# Seguro Social	Parentesco	Ingreso Mensual

Tiene el niño(a) medicaid? Si _____ No _____ Numero de identificación del Medicaid _____

Esta su niño(a) cubierto por Medicare? Si _____ No _____ Numero de identificación del Medicare _____

Tiene su niño(a) seguro medico? Si _____ No _____ Numero de Seguro/Póliza _____

Esta el niño(a) buscando un medico de cabecera? Si _____ No _____ Si no, el nombre de su Doctor y número es _____

Correo electronico _____ Podemos contactarlo por correo electrónico? Si _____ No _____

Esta pagando guardería? Si _____ No _____ Monto mensual _____

Esta usted pagando manutención de niños ordenada por la corte por un niño(a) que no esta viviendo en su hogar? Si _____ No _____ Cantidad _____

Es su niño(a) ciudadano(a)? Si _____ No _____ País que nació _____ Fecha que llego a los Estado Unidos? _____

Usted vive en ..? (Escoja una)

Usted tiene ...? (escoja todos los que aplique en su caso)

_____ CASA _____ CARPA _____ AGUA POTABLE PARA TOMAR _____ VENTILADOR REFRIGERADOR _____

_____ APARTEMENTO _____ CARRO _____ AGUA POTABLE PARA BAÑARSE _____ HORNILLA ELECTRICA

_____ SIN HOGAR _____ OTRO _____ BAÑO EN LA CASA _____ ESTUFA PARA COCINAR

Cuantos cuartos hay en su casa? _____ Como se calienta su casa? _____ Como se enfría su casa? _____

Yo afirmo que la información que yo estoy proporcionando es verdad y es correcta en mi mejor conocimiento. Yo entiendo que si yo proporciono información falsa o incorrecta mis servicios podrían ser descontinuados y podría tener que pagar por todos los servicios recibidos de acuerdo a la escala de pago fijada. FACS64f10.003 (5).

Firma _____ Fecha _____