

**FORMA DE INFORMACION DEMOGRAFICA PARA SER COMPLETADA POR EL PACIENTE (18 Años & Mayor)**

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 la casa \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil - Soltero(a) \_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_ Viuda/Viudo \_\_\_\_

Estado de nacimiento - único \_\_\_\_ Gemelo \_\_\_\_ Trillizos \_\_\_\_ Cuádruple \_\_\_\_ Orden de Nacimiento \_\_\_\_ 1 \_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_

# Seguro Social \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Raza \_\_\_\_ Hispano Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Nombre de un contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Tiene usted medicaid? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Numero de identificación del Medicaid \_\_\_\_\_

Esta usted cubierto(a) por Medicare? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Numero de identificación del Medicare \_\_\_\_\_

Tiene usted seguro medico? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Numero de Seguro/Póliza \_\_\_\_\_

Esta usted buscando un medico de cabecera? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ # del trabajo \_\_\_\_\_ Ingreso bruto mensual \_\_\_\_\_

Ciudadano de USA Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ País de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso a USA \_\_\_\_\_

Ha vivido por mas de 2 meses fuera de USA? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ País que vivió por más de 2 meses \_\_\_\_\_

Trabajador Emigrante? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Trabajador Temporal de Agricultura Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Grado de educación alcanzado? \_\_\_\_\_

Embarazada SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Fecha de Parto \_\_\_\_\_ Numero de Niños que espera \_\_\_\_\_

Por favor liste todos los miembros de la familia viviendo en su casa y escriba el ingreso mensual si es aplicable (Ingreso incluye todas las ganancias de trabajos, pensiones, manutención de niños, seguro social, beneficio de muerte, pensión alimenticia, desempleo, compensación de trabajador, beneficios de veterano, inversiones, fondo de inversiones, ingreso de renta, trabajo propio, asistencia publica, becas o cualquier otro ingreso recibido.)

Nombre	Fecha de nacimiento	# Seguro Social	Parentesco	Ingreso Mensual

CONTINUACION DE LA FORMA DE INFORMACION DEMOGRAFICA

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 \_\_\_\_\_

Usted vive en ..? (Escoja una)

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

\_\_\_\_ CASA

\_\_\_\_ CARPA

\_\_\_\_ AGUA POTABLE PARA TOMAR

\_\_\_\_ VENTILADOR

\_\_\_\_ APARTEMENTO

\_\_\_\_ CARRO

\_\_\_\_ AGUA POTABLE PARA BAÑARSE

\_\_\_\_ HORNILLA ELECTRICA

\_\_\_\_ SIN HOGAR

\_\_\_\_ OTRO

\_\_\_\_ BAÑO EN LA CASA

\_\_\_\_ ESTUFA PARA COCINAR

\_\_\_\_ REFRIGERADOR

Cuantos cuartos hay en su casa? \_\_\_\_ Como se calienta su casa? \_\_\_\_\_ Como se enfría su casa? \_\_\_\_\_

Correo electronico \_\_\_\_\_ Podemos contactarlo por correo electrónico? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

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 discontinuados y podría tener que pagar por todos los servicios recibidos de acuerdo a la escala de pago fijada. FACS64f10.003 (5).

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_