

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

Fecha de visita _____ Razón por la visita _____

Apellido legal _____ Nombre legal _____ Inicial _____

Fecha de nacimiento _____ M F Transgénero – sí No Raza (p.ej. Asiático/Negro/Blanco) _____

Idioma (p.ej. Inglés/español/Árabe/francés) _____ Hispano - sí No

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

Estado de nacimiento (si aplica)- Único Gemelo Trillizos Cuádruple Orden de Nacimiento 1 2 3 4

Seguro Social _____ Comunicación Preferencia (correo, correo electrónico, Teléfono móvil) _____

Correo electrónico _____ ¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? sí No

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

Dirección postal _____ Apt # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Condado _____ Teléfono _____ Celular _____ Mejor hora para llamar (mañana, tarde, etc.) _____

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

Tiene usted medicad/ Medicare? sí No Numero de identificación del Medicad/Medicare _____/_____

Tiene usted seguro médico? sí No Numero de Seguro/Póliza _____/_____

Grado de educación alcanzado? _____ Trabajador migrante? sí No Trabajador Temporal de Agricultura- sí No Veterano - sí No

País de nacimiento _____ ¿El cliente nació en los Estados Unidos o nació en el extranjero de un padre que fuera ciudadano de los Estados Unidos? sí No

Fecha de ingreso a USA _____ Estado de Inmigración (Inmigrante, Visa de Estudiante, Refugiado, etc.) _____

Número de extranjero: _____ Ha vivido por mas de 2 meses fuera de USA? sí No País que vivió por más de 2 meses _____

Empleador _____ Trabajo # _____ Ingresos Brutos _____

Por favor liste todos los miembros de la familia que viven en su hogar y anote los ingresos mensuales si aplica

(El ingreso incluye todas las ganancias de los empleos, todo tipo de pensión, inversiones, fondos fiduciarios, ingresos por alquiler, trabajo por cuenta propia, asistencia pública, subvenciones o cualquier otro ingreso recibido.)

| Nombre | Fecha de nacimiento | SS# | Relación | Ingreso mensual |
|--------|---------------------|-----|----------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Usted vive en ..? (Escoja una)

VIVIENDA PERMANENTE ESTABLE - PROPIO ALQUILAR SUBVENCIONADO SIN SUBSIDIO OTRO

ALOJAMIENTO TEMPORAL - VIVIENDA SUBVENCIONADO (i.e. Ryan White) FAMILIA /AMIGO DE LA FAMILIA PRISIÓN CÁRCEL OTRO

Usted tiene...? (escoja todos los que aplique en su caso) REFRIGERADOR VENTILADOR AGUA POTABLE PARA BAÑARSE

ESTUFA BAÑO EN LA CASA AGUA POTABLE PARA TOMAR HORNILLA

Cuantos cuartos hay en su casa? _____ **Método de Calificación** _____

Afirmo que la información que estoy proporcionando es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si presento servicios de información falsos o inexactos se puede interrumpir y tal vez tenga que pagar por todos los servicios recibidos según el programa de tarifas. FACS64f10.003 (5).

Firma _____ Fecha _____