

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

Fecha de visita \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo al nacer- M  F  # Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Apellido legal \_\_\_\_\_ Nombre legal \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Nombre preferido/ Pronombre preferido \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Raza (p.ej. Asiático/Negro/Blanco) \_\_\_\_\_ Hispano - Sí  No

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

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

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? Sí  No  ¿Te gustaría recibir mensajes de texto para recordatorios de citas? Sí  No

¿Le gustaría completar una Directiva Anticipada hoy? Sí  No

*Una directiva anticipada (testamento de vida) permite que alguien tome decisiones médicas en su nombre si usted no puede.*

¿Le gustaría participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE)? Sí  No

*El HIE permite que su información médica esté disponible y sea vista electrónicamente por los médicos y los miembros de su equipo médico. Está diseñado para proveer acceso rápido a los registros médicos para que el tratamiento sea más efectivo y eficiente. Cualquier proveedor de atención médica autorizado y su equipo que acepte participar en el HIE, puede acceder y utilizar electrónicamente su información de salud protegida, si es necesario, para brindarle tratamiento.*

**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

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. FACS64#10.003 (5).

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

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

Fecha de visita \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo al nacer- M  F  # Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Apellido legal \_\_\_\_\_ Nombre legal \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Nombre preferido/ Pronombre preferido \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Raza (p.ej. Asiático/Negro/Blanco) \_\_\_\_\_ Hispano - Sí  No

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre, Apellido y fecha de nacimiento de la madre \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre, Apellido y fecha de nacimiento del padre \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Su Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a) \_\_\_\_\_ Guardián legal: sí  No

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

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? Sí  No  ¿Te gustaría recibir mensajes de texto para recordatorios de citas? Sí  No

¿Le gustaría completar una Directiva Anticipada hoy? Sí  No

*Una directiva anticipada (testamento de vida) permite que alguien tome decisiones médicas en su nombre si usted no puede.*

¿Le gustaría participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE)? Sí  No

*El HIE permite que su información médica esté disponible y sea vista electrónicamente por los médicos y los miembros de su equipo médico. Está diseñado para proveer acceso rápido a los registros médicos para que el tratamiento sea más efectivo y eficiente. Cualquier proveedor de atención médica autorizado y su equipo que acepte participar en el HIE, puede acceder y utilizar electrónicamente su información de salud protegida, si es necesario, para brindarle tratamiento.*

**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

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. FACS64#10.003 (5).

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