

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

Fecha de visita \_\_\_\_\_ Razón por la visita \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

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

Nombre preferido/ Pronombre preferido \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo al nacer- M  F  Raza (p.ej. Asiático/Negro/Blanco) \_\_\_\_\_

Idioma (p.ej. Inglés/español/Árabe/francés) \_\_\_\_\_ Hispano - sí  No  Estado Civil - Soltero(a)  Casado(a)  Otra

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

# Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_ Comunicación Preferencia (correo, correo electrónico, Teléfono móvil) \_\_\_\_\_

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

¿Te gustaría recibir mensajes de texto para recordatorios de citas? 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 y Apellido de la madre \_\_\_\_\_ Nombre y Apellido del padre \_\_\_\_\_

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

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

¿Le gustaría completar una Directiva Anticipada hoy? Sí  No

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

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

El HIE permite que su información médica de su hijo 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.

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

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 \_\_\_\_\_

**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

¿Cubre niños? Sí  No  Cantidad \_\_\_\_\_ Esta usted pagando manutención de niños ordenada? Sí  No  Cantidad \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_