

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 _____