

- Datos Demográficos de Pediatría -

Fecha _____

Chart Number _____

Paciente	Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento M / D / A	Sexo	Número de Seguro Social
Dirección		Calle	Ciudad	Estado/Código Postal		
Número de Teléfono ()		Número de Teléfono de Mensaje ()		Número de Teléfono del Trabajo de la Madre ()		Número de Teléfono del Trabajo del Padre ()
Nombre de la Madre			Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social		
Dirección de la Madre (Si es Diferente a la del Paciente)			Empleador de la Madre			
Nombre del Padre			Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social		
Dirección del Padre (Si es Diferente a la del Paciente)			Empleador del Padre			
Contacto de Emergencia			Parentesco		Número Telefónico de Contacto de Emergencia ()	
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano <input type="checkbox"/> No denunciado / Rehusó reportar <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra _____					
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otra / Rehusó reportar					
¿Necesita usted ayuda para conseguir un lugar dónde vivir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

Información de Seguro Médico

<input type="checkbox"/> Medicaid	Número de Medicaid				
<input type="checkbox"/> Otro	Nombre del Seguro Médico	Número de Grupo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	
	Empleado	Empleador			
<input type="checkbox"/> Otro	Nombre del Seguro Médico	Número de Grupo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	
	Empleado	Empleador			
<input type="checkbox"/> Otro	Nombre del Seguro Médico	Número de Grupo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	
	Empleado	Empleador			
<input type="checkbox"/> Ninguno					

<input type="checkbox"/> Sí	Grace Health ofrece tarifas con descuento a aquellos que califiquen. Si usted desea información acerca de nuestro programa de descuento, por favor marque "Sí".
<input type="checkbox"/> No	