

**- Datos Demográficos del Adulto -**

Fecha \_\_\_\_\_

Chart Number \_\_\_\_\_

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 ( )				Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Sep				
Empleador							Número de Teléfono del Trabajo ( )					
Dirección del Empleador												
Nombre de su Esposo/a						Fecha de Nacimiento M / D / A		Número de Seguro Social				
Empleador de su Esposo/a							Número de Teléfono del Trabajo ( )					
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		¿Es usted un veterano militar?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Información de Seguro Médico**

<input type="checkbox"/> Medicaid	Número de Medicaid									
<input type="checkbox"/> Medicare	Número de Medicare						Retirado de			
<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 "S".									
<input type="checkbox"/> No										