

- Datos Demográficos del Adulto -

Fecha _____

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento M / D / A	Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de Seguro Social
Apellidos Previos				Correo Electrónico (E-mail)	
Identidad de Género	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre Transgénico (M a H) <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer Transgénica (H a M) <input type="checkbox"/> Elegir no divulgar				
Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Heterosexual (No Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Lesbiana / Gay <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> Elegir no divulgar.				
Pronombre Preferido	<input type="checkbox"/> Él, a Él, de Él <input type="checkbox"/> Ellos, a Ellos, de Ellos <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ella, a Ella, de Ella <input type="checkbox"/> Ze, Hir (Género Neutral) <input type="checkbox"/> Elegir no divulgar <input type="checkbox"/> Desconocido				
Dirección	Calle	Ciudad	Estado/Código Postal		
Número de Teléfono ()	Teléfono Celular ()	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 Esposa/a				Fecha de Nacimiento M / D / A	
Contacto de Emergencia		Parentesco		Número Telefónico de Contacto de Emergencia ()	
<input type="checkbox"/> El paciente tiene Tutor/Guardián Legal.		Nombre del Tutor/Guardián Legal		Número de Teléfono del Tutor/Guardián Legal ()	
Raza	Puede elegir más de uno. Encierre en un círculo su opción dominante <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> No denunciado / Rehusó reportar <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____				
Etnicidad	Puede elegir más de uno. Encierre en un círculo su opción dominante. <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No reportado / Rehusó reportar		Lenguaje	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿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 **No Tengo Seguro Médico**

<input type="checkbox"/> Medicaid	Número de Medicaid				
<input type="checkbox"/> Medicare	Número de Medicare				
<input type="checkbox"/> Otro	Nombre del Seguro Médico		Número de Grupo	Número de Póliza	
	Subscriber / Empleado		El paciente es: <input type="checkbox"/> Subscriber <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de Nac del Subscriber	Número del Seguro Soc Subscriber
<input type="checkbox"/> Otro	Nombre del Seguro Médico		Número de Grupo	Número de Póliza	
	Subscriber/Empleado		El paciente es: <input type="checkbox"/> Subscriber <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de Nac del Subscriber	Número del Seguro Soc Subscriber
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grace Health ofrece tarifas con descuento a aquellos que califiquen. Si usted desea información acerca de nuestro programa de descuento, por favor marque "Sí".				