

- Datos Demográficos de Pediatría -

Fecha _____

Paciente	Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social
Dirección		Calle	Ciudad	Estado / Código Postal		
Teléfono de Casa ()		Teléfono Celular, de _____ ()		Teléfono para Mensajes ()		
Padre / Tutor-Guardián Legal				Madre / Tutor-Guardián Legal		
Relación <input type="checkbox"/> Padre de Familia <input type="checkbox"/> Padre de Crianza/Acogida Temporal (Foster) <input type="checkbox"/> Tutor / Guardián Legal				Relación <input type="checkbox"/> Madre de Familia <input type="checkbox"/> Madre de Crianza/Acogida Temporal (Foster) <input type="checkbox"/> Tutor / Guardián Legal		
Fecha de Nacimiento del Padre		Número de Seguro Social del Padre		Fecha de Nacimiento de la Madre		Número Social de la Madre
Dirección del Padre (si es diferente a la del paciente)				Dirección de la Madre (si es diferente a la del paciente)		
Lugar de Trabajo del Padre				Lugar de Trabajo de la Madre		
Teléfono de Trabajo del Padre				Teléfono de Trabajo de la Madre		
Correo Electrónico (e-mail) del Padre				Correo Electrónico (e-mail) de la Madre		
Contacto Local para Emergencias		Relación con el Paciente		Teléfono del Contacto de Emergencias ()		
Raza	Puede escoger más de uno. Encierre su primera opción. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Africo-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Elijo no reportar <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro, de Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____					
Etnicidad	Puede escoger más de uno. Encierre su primera opción. <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No denunciado / Me 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						

Información de Seguro Médico. No Tengo Seguro Médico

<input type="checkbox"/> Medicaid	Número de Medicaid				
<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"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de Nacimiento del Subscriber:	Número de Seguro Social del 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 Nacimiento del Subscriber	Número de Seguro Social del 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"				