

**- Datos Demográficos del Adulto -**

Fecha \_\_\_\_\_

|  |  |   |   |  |                         |
|--|--|---|---|--|-------------------------|
| Apellido   | Nombre   | Inicial del Segundo Nombre              | Fecha de Nacimiento<br>M / D / A  | Sexo al nacer<br><input type="checkbox"/> Hombre<br><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 Transgénero (M a H) <input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero (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 _____<br><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 _____<br><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<br>(    )   | Teléfono Celular<br>(    )   | Número de Teléfono de Mensaje<br>(    ) | Estado Civil<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Separado |  |                         |
| Empleador  |  |   | Número de Teléfono del Trabajo<br>(    )  |  |                         |
| Dirección del Empleador  |  |   |   |  |                         |
| Nombre de su Esposo/a  |  |   | Fecha de Nacimiento<br>M / D / A  |  |                         |
| Contacto de Emergencia   |  | Parentesco                              |   | Número Telefónico de Contacto de Emergencia<br>(    )  |                         |
| <input type="checkbox"/> El paciente tiene Tutor/Guardián Legal.   |  | Nombre del Tutor/Guardián Legal         |   | Número de Teléfono del Tutor/Guardián Legal<br>(    )  |                         |
| Dirección del Guardián Legal   |  |   |   |  |                         |
| Raza   | Puede elegir más de uno. Encierre en un círculo su opción dominante<br><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> No denunciado / Rehusó reportar<br><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.<br><input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> No reportado / Rehusó reportar  |   | Lenguaje  | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español<br><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:<br><input type="checkbox"/> Subscriber <input type="checkbox"/> Esposa/o<br><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:<br><input type="checkbox"/> Subscriber <input type="checkbox"/> Esposa/o<br><input type="checkbox"/> Dependiente | Fecha de Nac del Subscriber | Número del Seguro Soc Subscriber |

- Sí
- 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".

**El reportar el tamaño anual del hogar y los ingresos es un requisito del gobierno que permitirá a Grace Health seguir recibiendo fondos para brindar servicios especiales a nuestros pacientes. Por favor, apoye estos programas proporcionando la siguiente información:**

*Número de personas que viven en el hogar:\_\_\_\_\_ Ingreso total del hogar:\_\_\_\_\_ Elijo no divulgar:\_\_\_\_\_*