

**Datos Demográficos de Pediatría**

Fecha \_\_\_\_\_

Paciente: Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social
Nombre Preferido					
Dirección	Calle	Num. de Departamento	Ciudad	Estado / Código Postal	
Teléfono de la Casa ( )	Teléfono Celular de _____ ( )		Teléfono para Mensajes ( )		
Padre / Tutor-Guardián Legal			Madre / Tutor-Guardián Legal		
Relación: <input type="checkbox"/> Padre Legal/Biológico <input type="checkbox"/> Padre de Crianza/Acogida Temporal (Foster) <input type="checkbox"/> Tutor / Guardián Legal			Relación: <input type="checkbox"/> Madre Legal/Biológica <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 del Padre			Correo Electrónico de la Madre		
Contacto Local para Emergencias		Relación con el Paciente		Teléfono del Contacto de Emergencias ( )	
Raza	Puede escoger más de uno. Marque su primera opción. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Elijo no reportar <input type="checkbox"/> Otro _____				
Etnicidad	Puede escoger más de. Marque su primera opción. <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No denunciado / Elijo no reportar				
Idioma	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿Necesita 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"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Dependiente	Fecha de Nacimiento del Subscriber:	Número de Seguro Social del Subscriber:	

(sigue atrás)

- Si
- 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:* \_\_\_\_\_