

**Datos Demográficos del Adulto**

Fecha \_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento M: D: A:	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social
Apellidos Previos		Nombre Preferido		Correo Electrónico	
Identidad de Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero (M a H) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero (H a M)		<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar	Género actual <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Indiferenciado	
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"/> Elijo 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		Num. de Departamento	Ciudad	Estado/Código Postal	
Número de Teléfono de la casa ( ) ( )	Teléfono Celular ( ) ( )	Número de Teléfono para Mensajes ( ) ( )		Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Sep.	
Empleador (Donde Trabaja)				Teléfono del Trabajo ( ) ( )	
Dirección del Empleador (del trabajo)					
Nombre de su Esposo/a				Fecha de Nacimiento	
Contacto de Emergencia local		Parentesco		Num.de Teléfono(emergencia) ( ) ( )	
<input type="checkbox"/> El paciente tiene Tutor/Guardián Legal		Nombre del Tutor/Guardián Legal		Teléfono del Tutor/Guardian ( ) ( )	
Dirección del Tutor/Guardián Legal:					
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"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Es usted un veterano militar? <input type="checkbox"/> Si <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 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 Nac. del Subscriber:	Número del Seguro Social del Subscriber:

(sigue atrás)

<input type="checkbox"/> Si <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".
--	---

**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: \_\_\_\_\_

Los formularios completos pueden enviarse por correo electrónico a: [receptionnoreply@gracehealthmi.org](mailto:receptionnoreply@gracehealthmi.org). Por favor llame al 269-965-8866 si tiene preguntas o necesita ayuda.