



Información del/la paciente				
Nombre del/de la paciente (Apellido, Nombre, inicial del segundo nombre)		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		
¿Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apellido de soltera/Nombre anterior	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección postal/Apartado postal		Número de Seguridad Social	Número de teléfono residencial	
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono celular	
Empleador		Dirección de correo electrónico		
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo				
Raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra: _____		Etnia <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana		Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
Consultorio/Médico que desea ver				
¿Ya ha visitado nuestro consultorio antes? <input type="checkbox"/> Sí Si responde afirmativamente, ¿en qué año? _____ <input type="checkbox"/> No				
Información del seguro (entregue su tarjeta del seguro a la recepcionista)				
Persona responsable de la factura	Fecha de nacimiento	Dirección (si es diferente)		Número de teléfono residencial
Empleador	Número de teléfono del empleador	¿Esta persona es paciente de este centro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre/Id. del seguro principal o número de póliza	Nombre del suscriptor	Número de Seguro Social del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	
Dirección del suscriptor	Número de teléfono del suscriptor	Relación del paciente con el suscriptor		
Nombre del seguro secundario (si corresponde)	Nombre del suscriptor	Número de seguro social del suscriptor		
Dirección del suscriptor	Número de teléfono del suscriptor	Relación del paciente con el suscriptor		
En caso de emergencia				
Nombre de un amigo o familiar	Relación con el/la paciente	Número de teléfono residencial	Número de teléfono laboral	
Otra información				
Médico actual de la familia		¿Cómo se enteró de nosotros?		
Pacientes nuevos: Motivo por el que desea cambiar a su médico actual:				