

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre completo:		N.º de Seguro Social:	
Fecha de nacimiento:		Nombre por el que desea que le llamen:	
Sexo legal: <small>(como aparece en su licencia de conducir)</small>	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	Preferencia sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Prefiere no decir
		<input type="checkbox"/> Mujer transgénero (de hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (de mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Incierto <input type="checkbox"/> Sin registro en el acta de nacimiento <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otra
Dirección postal:			
Ciudad, estado, código postal:		Condado:	
Dirección:			
Ciudad, estado, código postal:		Condado:	
N.º de teléfono de casa:		N.º de teléfono de trabajo:	N.º de celular:
Dirección de correo electrónico:		NO TENGO CORREO ELECTRÓNICO NO, GRACIAS	

¿Cuál es su preferencia de comunicación para los recordatorios de citas?

MENSAJE DE TEXTO CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO

Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separación legal <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja sentimental <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido	¿Necesita un intérprete? SÍ NO Preferencia de idioma: Preferencia de idioma escrito: Religión:	Raza (elija una): <input type="checkbox"/> Nativo americano/ de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Declina <input type="checkbox"/> Desconocida	Origen étnico (¿dónde nació?): <input type="checkbox"/> No es de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Hondureño <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-americano o chicano <input type="checkbox"/> De otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Desconocido
--	--	--	--

Nombre del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP):	
---	--

CONTACTO DE EMERGENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN/INSTRUCCIONES ANTICIPADAS:

Nombre y parentesco del contacto de emergencia:		
N.º de teléfono del contacto de emergencia:		¿El contacto de emergencia es el tutor legal del paciente? SÍ NO
Las siguientes personas pueden acceder a mi información médica (indique los nombres y las relaciones con el paciente):		
¿Tiene alguno de los siguientes?:	<input type="checkbox"/> Poder notarial para la atención médica <input type="checkbox"/> Testamento vital <input type="checkbox"/> No resucitar (Do-Not-Resuscitate, DNR) <input type="checkbox"/> Instrucciones anticipadas para la anestesia general (General Anesthesia, GA)	

INFORMACIÓN DEL GARANTE:

¿Quién es el responsable financiero de la cuenta? YO EMPLEADOR CÓNYUGE PADRE MADRE OTRO					
Nombre del empleador:					
Estado de empleo:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Autoempleado	<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Otro/desconocido	Estado de estudiante:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo
Aseguradora primaria:			Aseguradora secundaria:		
Nombre del suscriptor:			Nombre del suscriptor:		

 **ANMED HEALTH**
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Sexo del suscriptor: H/M	Fecha de nacimiento:	Sexo del suscriptor: H/M	Fecha de nacimiento:
N.º de teléfono de casa del suscriptor:		N.º de teléfono de casa del suscriptor:	
N.º de identificación del suscriptor:	N.º de grupo:	N.º de identificación del suscriptor:	N.º de grupo:

Firma del paciente o del tutor legal

Nombre en letra de imprenta del paciente o tutor legal

Fecha

Hora