

Nombre del paciente (apellido(s) – primer nombre)		DIRECCIÓN		
Ciudad, Estado	CREMALLERA	Teléfono de casa	Teléfono móvil	
Correo electrónico:				
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social del	Sexo . <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado Otro _____	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> El paciente se negó				
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> El paciente se negó				
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género queer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no responder				
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elige no responder				
Estado de veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano		Escolaridad: <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad _____ <input type="checkbox"/> Sin educación formal <input type="checkbox"/> Otra _____		
Estado laboral agrícola: <input type="checkbox"/> No agrícola <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola jubilado		Sin hogar: <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> De transición <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Otro _____		
¿Tiene usted un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____				
Nombre del empleador del paciente	Dirección del empleador del paciente (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)		Teléfono del empleador	
Información del asegurado/responsable		Parentesco con el paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor		
Nombre del asegurado (nombre, apellido e inicial del segundo nombre)		Dirección (si es diferente a la del paciente –Calle, ciudad, estado y código postal)		
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Empleador
Información del seguro				
Nombre del seguro principal		Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)		Teléfono
Número de grupo	Número de identificación	Empleador		Teléfono del empleador
Nombre del seguro secundario		Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)		Teléfono
Número de grupo	Número de identificación	Empleador		Teléfono del empleador
Contacto de emergencia: Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____				
Cesión y Exoneración: Por la presente, autorizo que mis beneficios del seguro se paguen directamente al médico y soy responsable financieramente de los servicios no cubiertos. También autorizo al médico a divulgar cualquier información necesaria para la tramitación de esta reclamación y de todas las reclamaciones futuras. Si mi cuenta se envía a una agencia de cobranza, acepto pagar todos los honorarios de la agencia de cobranza y de los abogados.				
Firma (Firma del paciente o, si es menor, del padre o tutor)			Fecha	