

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Nombre del paciente	Inicial	Apellido		Sufijo	
SSN	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil	
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro Africano <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Otros :					
Etnia <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		Idioma preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros:			
Estado de empleo	Nombre del empleador	Teléfono del trabajo		¿Es un veterano de paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono particular		<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Alternativo	Teléfono móvil		<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Alternativo
Correo electrónico			PCP		
¿Cómo se entero de la clinica Street Community Health Center? <input type="checkbox"/> Caminar en <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otros :					
COBERTURA DE SEGURO					
(Por favor presentar carnet de seguro si nueva)					
Nombre del Plan de seguro primario				<input type="checkbox"/> Sin seguro	
Nombre del Plan de seguro secundario					
INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN					
Nombre de la persona/garante responsable del proyecto de ley	Inicial	Apellido		Sufijo	
SSN	Sexo	Fecha de nacimiento	¿Es garante de un paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de facturación		Ciudad	Estado	Código postal	
INGRESOS DE LOS HOGARES					
Período de ingreso <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		Importe de ingresos por período: \$		Numero de personas que apoya en el hogar:	
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA					
Nombre del pariente o amigo (que no viven en la misma dirección)		Relación con el paciente	Teléfono de contacto de emergencia		
PADRE/TUTOR					
Nombre de los padres si el paciente es menor de edad		Teléfono del padre		¿Es padre del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento.					
Firma del paciente/tutor X			La fecha de hoy		