



Datos Demográficos de los Pacientes

Nombre legal del paciente _____ Número de seguro social _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo legal: _____ Identidad de género: _____

Sexo asignado al nacer: _____ Orientación sexual: _____

Dirección permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ País: _____

Números de teléfono:

Móvil _____ Contacto preferido Puede dejar mensaje No llamar

Casa _____ Contacto preferido Puede dejar mensaje No llamar

Trabajo _____ Contacto preferido Puede dejar mensaje No llamar

Dirección de correo electrónico: _____

Sin dirección de correo electrónico

Estado civil: _____
Soltero, casado, viudo, etc.

Religión: _____
Cristianismo, Islam, Hinduismo, etc.

Grupo étnico: _____
Latinoamericano, afroamericano, nativo americano, caucásico, etc.

Carrera: _____
Negro, indio americano, hispano, blanco, etc.

Información del hogar

Ingresos anuales: \$ _____

Family Size: _____

Tipo de ingresos adicionales \$ _____

Otros no salariales \$ _____

Manutención y manutención de los hijos \$ _____

Otro salario \$ _____

Asistencia gubernamental \$ _____

Pensión \$ _____

Salario por hora \$ _____

Seguridad Social 1 \$ _____

Intereses y dividendos \$ _____

Seguridad Social 2 \$ _____

Salario mensual \$ _____ Apoyar los ingresos secundarios \$ _____

Empleo

Situación laboral: _____ Empleador: _____

Ocupación: _____ Teléfono del empleador: _____

Idioma

¿Necesita un intérprete? _____ Idioma preferido: _____

Lenguaje escrito: _____ Idioma hablado: _____

Fluidez en estos idiomas: _____

Necesidades del lenguaje para personas sordas o con problemas de audición

Lentes de contacto

Nona

Gafas

Otros:

Gafas y audífonos

Animal de servicio

Audífono

No se puede leer ni escribir



Datos demográficos adicionales

Estado de veterano/militar: _____ Fecha de inicio militar: _____

Fecha de finalización militar: _____

Nacionalidad Demografía

País de origen: _____ Fecha de entrada: _____

Estado de ciudadanía: _____

Información adicional del paciente

Nacimiento múltiple: _____ Orden de nacimiento múltiple: _____

Número de licencia de conducir: _____ Licencia de conducir Estado: _____

Fecha de vencimiento de la licencia de conducir: _____

Asistencia al paciente

- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Baja visión | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Ser duro de oído | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Memoria deteriorada | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Con discapacidad física | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Dificultad para vestirse o bañarse | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dificultad con los recados | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Alojamientos

Necesidades especiales:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia con el papeleo | <input type="checkbox"/> Audífono | <input type="checkbox"/> Sonido Bajo |
| <input type="checkbox"/> Lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Papeleo de fuente grande | <input type="checkbox"/> Nona |
| <input type="checkbox"/> Gafas | <input type="checkbox"/> Tiempo de cita más largo | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Gafas y audífonos | <input type="checkbox"/> Baja luz | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| | | <input type="checkbox"/> No se puede leer/escribir |

Estado de discapacidad:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de comunicación | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Discapacidad en las relaciones sociales |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Nona | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> No especificado | <input type="checkbox"/> Discapacidad de pensamiento |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de salud mental | <input type="checkbox"/> Declinación del paciente | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del movimiento | <input type="checkbox"/> Recordando la discapacidad | <input type="checkbox"/> Sí |

Necesidades de accesibilidad:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mesa de examen accesible | <input type="checkbox"/> Ascensor | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Nona | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Levantamiento del paciente | |

Por favor, devuelva el formulario de registro del paciente al personal de recepción con tarjetas de seguro e identificación.

Firma del paciente

Fecha