



INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

La fecha de hoy: __/__/__

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__

Primero Inicial del segundo nombre Último

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ Código postal: _____

Teléfono móvil: (____) _____ Teléfono de trabajo: (____) _____ Teléfono de casa: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Está bien enviarme estados de cuenta/facturas por correo electrónico

Mis pronombres son: Él/él/su Ella/ella Ellos/ellas/suyos Otro pronombre: _____

Negarse a responder

Mi estado civil: Soltero Nunca casado Divorciado Casado Pareja no viviendo juntos

Pareja de hecho/vivir con una pareja Poliamoroso/no monógamo

Viudo/afligido por la pérdida de su pareja Negarse a responder

Mi sexo al nacer es: Masculino Femenino No binario No designado en el certificado de nacimiento

Negarse a responder

Mi identidad de género actual: Hombre Mujer Transgénero Mujer/Mujer Transgénero

Transgénero Hombre / Hombre Transgénero Dos Espíritus Genderqueer/Género Fluido Intersexual

No binario/No conforme con el género Otra identidad: _____ Negarse a responder

Mi orientación sexual es: Heterosexual Lesbiana Gay Bisexual Pansexual Queer Asexual

Cuestionamiento de otra identidad: _____ Negarse a responder

Mi herencia étnica está mejor representada por:(elijá todas las que correspondan) Latinx/Hispano Blanco/Caucásico

Negros, afrocaribeños o afroamericanos, asiáticos orientales, asiáticos meridionales o indios

Nativo americano árabe o del Medio Oriente , y en caso afirmativo, qué tribu(s): _____

Otra identidad: _____ Negarse a responder

Contacto de emergencia: _____ (____) _____

Nombre Número de teléfono Relación

Proveedor primario: _____ MD DO CNP PA Otros _____

Referido por: _____ MD DO CNP PA Otros _____

Farmacia preferida: _____ Ubicación: _____ teléfono: (____) _____

Compañía de Seguros Primaria : _____

Titular de la póliza: Propio Otros: _____

Nombre Fecha de nacimiento Relación

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Compañía de Seguros Secundaria : _____

Titular de la póliza: Propio Otros: _____

Nombre Fecha de nacimiento Relación

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____