

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: _____