

Información Demográfica del Paciente

Patient Demographic Information



COMO SUPO DE NOSOTROS? (google, yelp, compañía de seguros, corredora, facebook, etc.)
How did you hear about us? / (google, yelp, Insurance co., broker, facebook, etc.)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE /Patient Information

Apellido /Last Name		Nombre /First Name		IDN /Middle Initial(s)
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Fecha de nacimiento Date of Birth	Sexo Gender	NSS SSN	Raza/Etnicidad (Seleccione todo lo que corresponda) Race/Ethnicity (Select all that apply)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico /Asian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco Caucasian	
			<input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano/Black or African American <input type="checkbox"/> Hispano o Latino /Hispanic or Latino	
			<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska /Native American or Alaskan Native	
			<input type="checkbox"/> Más de una raza /Multiracial <input type="checkbox"/> Otro /Other	

INFORMACIÓN DEL CONTACTO /Contact Information

Dirección /Mailing Address		Ciudad /City	Estado/State	Código postal/Zip
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de teléfono de casa /Home number	Numero de Celular /Cell number	Número de teléfono del trabajo /Work number		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Correo electrónico /Email address	Preferencia de comunicación (marque uno) /Communication preference (please check one)			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa /Home phone <input type="checkbox"/> Numero de celular /Cell phone <input type="checkbox"/> Numero de trabajo /Work phone <input type="checkbox"/> Correo electrónico /Email			

INFORMACIÓN DEL FARMACIA /Pharmacy information

Nombre del farmacia /Pharmacy name	Número de teléfono de la farmacia /Pharmacy name	Ciudad farmacia /Pharmacy city
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL SUGURO /Insurance information

Suguro primario /Primary insurance		Grupo # /group #
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Numero de suscriptor # /Subscriber #	Nombre del asegurado /Name of insured	Relacion con el/ la paciente /Relationship to patient
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Seguro secundario /Secondary insurance		Grupo # /group #
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Numero de suscriptor # /Subscriber #	Nombre del asegurado /Name of insured	Relacion con el/ la paciente /Relationship to patient
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONTACTO DE EMERGENCIA /Emergency contact

Nombre de contacto de emergencia /Emergency contact name		Relacion con el/ la paciente /Relationship to patient		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Dirección /Street address	Ciudad /City	Estado /State	Código postal/Zip	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de teléfono de casa /Home phone	Numero de Celular /Cell phone	Número de teléfono del trabajo /Work phone		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		