

Información demográfica.		
Nombre del paciente:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa:	Podemos dejar un mensaje: <input type="checkbox"/> Breve <input type="checkbox"/> Extendido	
Teléfono celular:	Podemos dejar un mensaje: <input type="checkbox"/> Breve <input type="checkbox"/> Extendido	
Teléfono del Trabajo:	Esta bien dejar un mensaje: <input type="checkbox"/> Breve <input type="checkbox"/> Extendido	
Fecha de nacimiento:	Estado civil:	
Correo electrónico:		
Nombre del esposo(a):	Teléfono del esposo(a):	
¿autorizar a su pareja para recibir información en su nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número del seguro social:		
Nombre del empleador:	<input type="checkbox"/> de tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> militares	
Dirección del Empleador:		
Teléfono del Empleador:		
Proveedor de atención primaria:	Proveedor de Referencia:	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Afroamericano Blanco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otros		
Idiomas hablados:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Etnicidad: Hispano o latino	
<input type="checkbox"/> Transexuales	<input type="checkbox"/> No hispano o latino	
Información de contacto en caso de emergencia/ liberación de información		
Nombre de contacto de emergencia:		
Número de teléfono:		
Dirección:		
Relación al paciente:	<input type="checkbox"/> HIPAA	
Segundo nombre de contacto:		
Número de teléfono:		
Relación al paciente:	<input type="checkbox"/> HIPAA	
Garante/ Persona responsable		
Garante Nombre:		
Garante Número de teléfono:		
Garante Fecha de nacimiento:		
Información adicional		
Órdenes de resucitación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO poder para decisiones médicas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cómo te enteraste de nosotros?		