

Información del Paciente

** Toda la información se mantiene confidencial**

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nac: ____/____/____ Nombre de Preferencia/Apodo: _____
 Mes Dia Año

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino Pronombres: Ella Él Elle/Elles Otro _____

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual o/Lesbiana Bisexual Pansexual "Queer" Elijo no revelar

Identidad de Género: Masculino Femenino Trans Masculino Trans Femenino No Binario/"Genderqueer" Otro Elijo no revelar

Domicilio _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Marque si es aplicable: Sin Hogar Vivienda Pública (no incluye "Sección 8")

N.º de Contacto Principal: Cel.(____) _____ Casa(____) _____ Trabajo(____) _____

N.º Seguro Social _____ - _____ - _____ Correo Elec. _____

¿Cual es su idioma preferido? _____ ¿Usted necesita un intérprete?: Si No

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Unión Libre Viudo/a

Contacto de Emergencia: _____ (____) _____ (____) _____ (Parentesco)
(Nombre y Apellido) (Tel.)

Origen Étnico: ¿Es usted Hispano/Latino? Si No País de Nacimiento: _____

Raza: (Por favor marque todas las que correspondan) Blanca Africano/Afroamericano Asiático
 Nativo Hawaiano Nativo de Alaska Indio Americano Isleño del Pacífico Desconocida

¿Es usted Veterano de las fuerzas armadas? Si No ¿Es usted trabajador migrante? Si No o de temporada? Si No

¿Como se enteró de nuestra Clínica? Pariente Amigo/a Radio Periódico Página Web de Southside
 Televisión Evento Internet Otro _____

Número de miembros en el hogar: _____ Estimado de ingresos por año del hogar: \$ _____

Información del Padre / Tutor (si el paciente es menor de edad)

Padre/Tutor 1:
 Parentesco con el paciente: _____
 Nombre _____
 Guardián Legal Fec. de Nac: ____/____/____
 Tel: (____) _____

Padre/Tutor 2:
 Parentesco con el paciente: _____
 Nombre _____
 Guardián Legal Fec. de Nac: ____/____/____
 Tel: (____) _____