Information del Paciente (Adolecente/Nino): **#de expediente:_____**

***Información requerida**

***Paciente Nombre:**_____

Apellido s Nombre Segundo nombre

Número de Seguro Social** : _____Fecha de Nacimiento:**_____

***Dirección de envio**:_____**Ciudad**_____**Estado**_____ **Código postal**_____

***Teléfono Principal:**_____**Celular**: _____**Teléfono del trabajo:** _____

*** Padre / Tutor Legal:** _____ **Número de Seguro Social**: _____

***Dirección de envio**:_____**Ciudad**_____**Estado**_____ **Código postal**_____

Los padres Fecha de Nacimiento: _____Nombre y dirección del padre empleador:_____

Marque con un círculo todos los que le apliquen a usted:

***Sexo**: Masculino Femenino **Género**: Masculino Femenino TransMTF TransFTM Otro

***Oreintation Sexual**: Heterosexual Homosexual/lesbianas bisexuales no sé Otro

* **Estado civil**: Sola Casada Divorciada Separada/ viuda Cónyuge

* **Raza**: Blanco Hispano Negro/Africano americano Islas del Pacífico asiático Otros

* **Origen étnico**: Hispano/Latino No-Hispano/Latino *** Veterano:** Sí No *** Estudiante:** Sí No

*** Persona sin hogar:** Sí No ***Trabajor migrante:** Sí No *** Esposo/a empleado:** Sí No

*** Idioma preferido:** Inglés Español Otro: _____

¿Cómo desea recibir recordatorios de la cita?

Telefóno: _____ Correo electroníco: _____

Mensaje de texto al celular número:_____ Compañia de telefóno móvil _____

*** ¿Cuál es su ingreso?** ☐ **menos de $30,000 por año** ☐ **O más de $30,000 por año**

Información de seguro primaria:	**Información sobre el seguro secundario** :
Nombre de compañía de seguros: _____	Nombre de compañía de seguros: _____
Póliza # _____ De grupo #_____	Póliza # _____ De grupo #_____
Nombre del asegurado principal::	Nombre del asegurado principal::
* Nombre: _____	* Nombre: _____
*Fecha de Nacimiento: ___/__/_____	*Fecha de Nacimiento: ___/__/_____
Por favor proporcione una copia de su tarjeta de seguro.	Por favor proporcione una copia de su tarjeta de seguro.

_____ _____

Firma de la persona paciente o persona autorizada **Fecha**