

Favor De Contestar Cada Pregunta

(Copia de Licencia o otro tipo de ID)

INGRESOS POR MES DE SU CASA \$ _____ NUMERO DE FAMILIA _____

ES USTED VETERANA/O ? SI ___ NO ___ ES USTED TRABAJO MIGRANTE DE AGRICULTURA ? SI ___ NO ___

INFORMACION DE PACIENTE:

FECHA _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

APELLIDO DE PACIENTE _____ NOMBRE _____ INICIAL _____

DIRECCION _____ # APT _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____

TELEFONO _____ CELLULAR _____ # SEGURO SOCIAL _____

SEXO: H / M TRANSGENERO: (HOMBRE A MUJER) (MUJER A HOMBRE) Marque Uno: GAY -LESBIANA - BISEXUAL - INDETERMINADO - HETERO

ETNICO: LATINO AFRI-AMERICANO BLANCO ASIANO INDIO-AMERICANO HAWAYANO ISLA-PACIFICO MULTI-ETHNICO

EMPLEADO: SI / NO EMPLEADOR - O - ESCUELA (SI ESTUDIANTE) _____

TELEFONO TRABAJO/ESCUELA _____ ESTADO CIVIL: SOLTERA/O CASADA/O DIVORCIADA/O VIUDA/O

DIRECCION DE EMAIL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) _____

COMO SE ENTERO DE NUESTRA CLINICA? FAMILIAR AMIGO PERIODICO HOSPITAL TELEVISION OTRO MEDIO _____

MARQUE UNO: NOMBRE DE PAREJA - O- MADRE OR PADRE O RESPONSABLE (SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEGURO SOCIAL _____ SEXO: HOMBRE - MUJER

TELEFONO (CASA) _____ CELULAR _____ # LICENCIA _____

EMPLEADO: SI / NO EMPLEADOR _____ TELEFONO _____

GRUPO ETNICO: LATINO AFRI-AMERICANO ESTADO CIVIL: SOLTERA/O CASADA/O DIVORCIADA/O VIUDA/O

NOMBRE DE PARIENTE/AMIGO(A) QUE NO VIVA EN LA MISMA CASA:

NOMBRE _____ RELACION CON EL PACIENTE _____

TELEFONO CASA _____ CELULAR _____ TELEFONO TRABAJO _____

Compania de Aseguranza _____ ID# _____ (COPIA DE TARJETA DE SEGURANZA)

Nombre de principal asegurado _____

#SS del asegurado _____ Fecha de Nacimiento de asegurado principal _____

Compania de Empleo _____

Yo afirmo que toda la presente información es verdad y correcta. Yo autorizo a mi aseguranza que pague directamente a Pasadena Health Center. Entiendo que yo soy financieramente responsable por el balance de mi cuenta. Yo autorizo a PHC que comparta información que se necesite para procesar mi reclamo de aseguranza. Doy mi consentimiento a PHC para tratamiento Medico/Dental.

Firma de Paciente/Guardián _____ Fecha _____