



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Nombre Legal del Hijo/a**

\_\_\_\_\_  
 (Apellido)                      Nombre                      Inicial

\_\_\_\_\_  
 (Fecha de Nacimiento)      Sexo:  Hombre    Mujer

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Guardián                      (Fecha de Nacimiento)

\_\_\_\_\_  
 Dirección de Facturación                      Ciudad

\_\_\_\_\_  
 Estado                      Código Postal

\_\_\_\_\_  
 Dirección Secundaria                      Ciudad

\_\_\_\_\_  
 Estado

\_\_\_\_\_  
 Código Postal

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Telefono Primario                      Telefono Secundario

\_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Contacto de Emergencia      Telefono

\_\_\_\_\_  
 Garante Responsable por el pago      Telefono

\_\_\_\_\_  
 Dirección del Garante

\_\_\_\_\_  
 Idioma Preferido

Sin Hogar? Si    No

Reside en habitación pública Si    No

Raza                      Etnicidad

Blanco  Asiático

Negro/Afro Americano

Otro  Rechazo

No Se Sabe

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

Otro  Rechazo

No Se Sabe

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Proveedor de Atención Médica: \_\_\_\_\_

Proveedor de Atención Dental: \_\_\_\_\_

**¿Visita su hijo/a a un médico para chequeos regulares?**

Sí  No

**¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a visitó el dentista?**

Nunca  Más de 5 años  3-5 años

1-3 años  menos de un año

Nombre de Seguro de Salud/Aseguración: \_\_\_\_\_

Número de la Poliza: \_\_\_\_\_

Número del Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro de Salud/Aseguración Dental \_\_\_\_\_

Número de la Poliza: \_\_\_\_\_

Número del Grupo: \_\_\_\_\_

**¿Estaría dispuesto a proporcionar la siguiente información?**    Sí                       No

Tamaño de la familia \_\_\_\_\_

Ingreso mensual \$ \_\_\_\_\_

¿Por que preguntamos? Somos un Centro de Cuidado de Salud Federalmente Calificado (FQHC). Los fondos que recibimos para mejorar nuestros servicios se basa en estos números.

¿Es Usted o un miembro de su familia un trabajador de agrícola?  
 \_\_\_\_\_

**¿En los últimos 24 meses ha usted o un miembro de su familia**

sido empleado para hacer trabajo de agrícola? Sí  No

¿Gana la mayoría del ingreso de trabajo de agrícola? Sí  No

¿Se ha mudado para hacer trabajo de agrícola? Sí  No

¿Ha parado de trabajar en la agrícola por causa de edad o

deshabilidad? Sí  No