

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Estimado paciente:**

La información que brinda nos ayuda a ofrecer una amplia gama de servicios adaptados para satisfacer sus necesidades. Agradecemos enormemente su participación, la cual nos asegura que podemos continuar mejorando nuestra atención y nuestro apoyo para todos nuestros pacientes.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro médico principal: \_\_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Comercial \_\_\_\_\_ Ninguno

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ El tamaño de la familia o del hogar se refiere a las personas que viven bajo un mismo techo en una relación interdependiente

Ingresos brutos familiares: \$ \_\_\_\_\_  Semanales  Mensuales  Anuales

**Raza:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Más de una raza                   | <input type="checkbox"/> Chino              | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática                               |
| <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino           | <input type="checkbox"/> Proveniente de otra isla del Pacífico (no Hawái) |
| <input type="checkbox"/> Asiático                          | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Samoano  |
| <input type="checkbox"/> Indoasiático                      | <input type="checkbox"/> Japonés            | <input type="checkbox"/> No informado                                     |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano               | <input type="checkbox"/> Coreano            | <input type="checkbox"/> Vietnamita                                       |
|  | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái    | <input type="checkbox"/> Blanco   |

**Oriegen étnico:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Cubano           | <input type="checkbox"/> Mexicoamericano |
| <input type="checkbox"/> Árabe/Caldeo         | <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño  |
| <input type="checkbox"/> Chicano              | <input type="checkbox"/> Mexicano         | <input type="checkbox"/> Español         |
|   |   | <input type="checkbox"/> Se desconoce    |

**Marque todas las opciones que correspondan:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Veterano militar                                     | <input type="checkbox"/> Trabajador estacional/migrante       |
| <input type="checkbox"/> Dependiente de un trabajador estacional/migrante     | <input type="checkbox"/> Idioma principal distinto del inglés |
| <input type="checkbox"/> Necesita servicios de traducción _____ Idioma nativo | <input type="checkbox"/> Sin hogar                            |

Identidad de género: (Esto es opcional) \_\_\_\_\_

Orientación sexual: (Esto es opcional) \_\_\_\_\_

Esta institución es una proveedora y empleadora que brinda igualdad de oportunidades.