

Complete el formulario en inglés
Please Complete Form in English

Formulario demográfico del paciente para la práctica grupal del profesorado
Faculty Group Practice Patient Demographic Form

Información del paciente Patient Information	Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) Name (Last, First, MI)			Fecha de hoy Today's Date				
	Dirección Street Address			Ciudad City		Estado State	Código postal Zip	
	Teléfono particular Home Phone ()		Preferido <input type="checkbox"/> Preferred	Teléfono del trabajo Work Phone ()		Preferido <input type="checkbox"/> Preferred	Teléfono celular Cell Phone ()	Preferido <input type="checkbox"/> Preferred
	N.º SS SSN	Fecha de nacimiento Date of Birth	Sexo Gender <input type="checkbox"/> Hombre Male <input type="checkbox"/> Mujer Female	Estado civil Marital Status <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Single Married Divorced Widowed Separated <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Otro Partner Other				
	Raza Race		Origen étnico Ethnicity	Idioma de preferencia Preferred Language		Dirección de correo electrónico Email address		
Tercero responsable financieramente Financially Responsible Party	¿Es el paciente el tercero responsable/el garante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Is patient responsible party/guarantor? Yes No							
	(Si usted tiene más de 18 años y no está bajo el cuidado de una institución, usted es tanto el garante como el tercero responsable financieramente de cualquier cargo en el que pueda incurrir durante su visita). (If you are over the age of 18 and not in the care of an institution you are the guarantor as you are the person financially responsible for any charges you may incur during your visit)							
	Nombre Name		Dirección Address		Ciudad/Estado/Código postal City/State/Zip		Relación con el paciente Relationship to Patient	
	Ocupación Occupation		Empleador Employer		Dirección de correo electrónico Email Address		Fecha de nacimiento Date of Birth	
Contacto para casos de emergencia Emergency Contact	Nombre Name			Relación con el paciente Relationship to Patient				
	Teléfono particular Home Phone ()		Preferido <input type="checkbox"/> Preferred	Teléfono del trabajo Work Phone ()		Preferido <input type="checkbox"/> Preferred	Teléfono celular Cell Phone ()	Preferido <input type="checkbox"/> Preferred
Información de remisión Referral Info	Nombre del médico de cabecera Referring Physician's Name				Teléfono/Fax del médico (si se conoce) Physician Phone/Fax (if known) ()			
	Dirección del médico Physician Address							

Información sobre el médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) PCP Info	Nombre del médico de atención primaria (verifique si es el mismo que el del médico de cabecera mencionado anteriormente) <input type="checkbox"/> Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above)		Teléfono/Fax del médico (si se conoce) Physician Phone/Fax (if known) ()		
	Dirección del médico Physician Address				
Información sobre el seguro Insurance Information	Compañía de seguro principal Primary Insurance Company		N.º de póliza Policy #	N.º de grupo Group #	
	Relación del paciente con el asegurado Patient's Relationship to Insured <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____ Self Spouse Child Other		Nombre del suscriptor (si no es el paciente) Name of Subscriber (if other than patient)		
	N.º de Seguridad Social del suscriptor Subscriber's Social Security #	Sexo Gender <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Male Female	Fecha de nacimiento Date of Birth	Empleador del suscriptor Employer of Subscriber	Teléfono del trabajo Work Phone ()
	Compañía de seguro secundaria Secondary Insurance Company		N.º de póliza Policy #	N.º de grupo Group #	
	Relación del paciente con el asegurado Patient's Relationship to Insured <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____ Self Spouse Child Other		Nombre del suscriptor (si no es el paciente) Name of Subscriber (if other than patient)		
	N.º de Seguridad Social del suscriptor Subscriber's Social Security #	Sexo Gender <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Male Female	Fecha de nacimiento Date of Birth	Empleador del suscriptor Employer of Subscriber	Teléfono del trabajo Work Phone ()
Al firmar a continuación, acepto que la información proporcionada es correcta a mi mejor saber y entender. By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.					
Firma del paciente: _____ Patient Signature:			Fecha: ____/____/____ Date:		
Firma del garante (si no es el paciente): _____ Guarantor Signature (if other than patient):			Fecha: ____/____/____ Date:		