



INGESTA SOCIAL

Por favor completar este formulario y realice actualizaciones segun sea necesario

Apellido:		Fecha:	
Nombre:		Nombre Preferido:	
Fecha Nacimiento:	Edad:	Numero Segura Social:	
Direccion:		Ciudad:	
Estado:	Código Postal:	Condado:	
Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Intersexual		Género: <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Algo mas	
¿Necesitas un traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Si es asi, que idioma?	
Portal Web del Paciente <input type="checkbox"/> Optar por si <input type="checkbox"/> Optar por no			
¿Le gustaria optar para tener acceso a la telemedicine? Famcare necesitaria mandarte coreo electronicos y mensales de texto. <input type="checkbox"/> Optar por sí <input type="checkbox"/> Optar por no			

Famcare se dedica a proteger su privacidad. Estas preguntas nos ayudan a garantizar que su información este segura. Puede actualizar sus preferencias en cualquier momento.

¿Para informacion sobre su cita como te podemos contactar?:

Correo a esta Direccion <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo Electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Podemos llamar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si llamoamos, deberia decir que llama? <input type="checkbox"/> Famcare <input type="checkbox"/> OConsultorio medica <input type="checkbox"/> Amigo/a			
Teléfono celular:		Teléfono de casa:	
Correo electrónico:			
Método Preferido: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
Farmacia:			
Raza (Marque todo que corresponda): <input type="checkbox"/> Indigena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Black o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No declarado			
Hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estado Marital: <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Partnered			
Ingreso del Hogar: <input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual		Cantidad de su Ingreso:	
Tamaño de la Familia (¿Cuantas personas son respaldados por este ingreso?)			
Niños que viven contigo			
Medicaid: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro Primario:			

¿Aldaste con algun familiar o perzona de confianza sobre venir ala oficina de Famcare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Con qui?
---	-----------------

Numero de Emergencia

Nombre:	Relacion:
Teléfono:	
¿Como se enteró de Famcare? <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Método web/ Google <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> referido de otro doctor	

Firma del Paciente

Fecha