



- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anderson Creek Family Dentistry | <input type="checkbox"/> Benhaven Medical Center      |
| <input type="checkbox"/> Anderson Creek Medical Center   | <input type="checkbox"/> Lillington Health Center     |
| <input type="checkbox"/> Angier Medical Center           | <input type="checkbox"/> Mobile Unit (Dental/Medical) |

## Datos Del Paciente (Escribir claro y entendible)

Paciente # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Información del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2do. Nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Género/Sexo:**  Masculino  Transgénero M/F – a – M  Otro  
 Femenino  Transgénero F/M – a – F  Prefiero no contestar

**Orientación Sexual:**  Homosexual  Heterosexual  Bisexual  
 Algo más  Desconosco  Prefiero no contestar

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleador (nombre de compañía donde trabaja): \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Información para Padre o Tutor

Nombre del Padre o tutor: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

### Información sobre el Seguro Médico

#### Seguro Primario

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Seguro ID#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la política: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del tomador: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador del tomador: \_\_\_\_\_

#### Seguro Secundario

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Seguro ID#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la política: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del tomador: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador del tomador: \_\_\_\_\_

**Información Demográfica**

**Estado Civil:**  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  
 Conviviendo  Separado legalmente  Desconocido

**Estudiante:**  Tiempo completo  Tiempo parcial  No soy estudiante

**Empleado:**  Tiempo complet/parcial  Autonomos  Desempleado  Jubilados/Activo militar

**Vivienda:**  Propia  Rentada  Sin hogar  Vivienda pública  
 Calle  Transitional  Desconocido

**Raza:**  Asiática  Nativo Hawaiano  Isleños del Pacifico  
 Blanco/Caucasica  Negro/Afro Americanos  Otro

**Etnicidad:**  Hispano o Latino **Veterano:**  Si  No

**Estado de Agricultura:**  Dependiente de Migrantes  Dependientes de trabajador estacional  
 Trabajadores no agrícolas  Trabajador temporal

**Servicios de traducción:**  No  Si **Lenguaje:** \_\_\_\_\_

**Ingreso de los hogares:** \$ \_\_\_\_\_ por  Hora  Semana  Quincenal  Año  
**Número de personas en hogar** \_\_\_\_\_ **Condado de Residencia** \_\_\_\_\_

**Certificación:** Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

Firma a continuación reconoce que le ha dado el aviso de nuestras prácticas de privacidad de HIPAA.

Autorizo el acceso de la(s) siguiente(s) persona(s) para el uso o la divulgación de mi información de salud. Entiendo que esta autorización está en vigor hasta que expresamente revocada por escrito:

\_\_\_\_\_  
**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_