

Nombre del paciente : _____
 Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio : _____
 Calle Apto # Ciudad Código Postal

Numero Telefónico () () ()
 Casa Trabajo Celular

¿Tiene número de Seguro Social? Si No Número de Seguro Social: _____

¿Es su número de Seguro Social solamente para trabajar? Si No Correo electrónico : _____

Fecha de nacimiento : _____ Edad: _____ Sexo : Masculino Femenino
 Mes / Día / Año

Situación de vivienda : Dueño de casa Renta Motel/Hotel Caro/Vehículo Casa Intermedia/Refugio Refugio sin hogar

Transicional En la calle Vivienda de apoyo permanente Otro ¿Es usted Veterano? Si No

Estado Civil : Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Unión Libre

Orientación sexual: Lesbiana/Gay Heterosexual Bisexual Deseo no revelar ¿Es usted discapacitado? Si No

Grupo Étnico: No-Latino/Hispano Latino/Hispano Raza : Caucásico Afro-Americano Asiático Indio Americano Isleño Pacifico Otro Nativo de Hawái

Identidad de genero : Masculino Femenino Transexual Masculino Transexual Femenino Deseo no revelar

Ingresos familiares: Semanal Quincenal Mensual Anual Otro No deseo revelar
 Ingresos brutos del Periodo: \$ _____ Número de personas que incluyen los ingresos: _____

Información de Empleo: Empleador: _____ Domicilio : _____
 Ocupación: _____ Numero Telefónico : _____

¿En qué idioma desea usted que le proporcionen información? _____

¿Cómo entiende o habla el inglés? Muy Bien Moderado Muy Poco Nada

¿Tiene Alergias? _____

Amigo o pariente para contactar en caso de Emergencia
 Nombre Relación Numero Telefónico

Información de los padres/tutores (si es aplicable):
 Nombre Relación Numero Telefónico DOB
 Nombre Relación Numero Telefónico DOB

1. ¿Tiene usted seguro médico? Si No ¿En caso afirmativo, con quién? _____ Número de Póliza _____
 3. ¿Tiene usted Medi-Cal? Si No ¿Ha aplicado? Si No Número de Póliza _____
 4. ¿Tiene su hijo(a) (paciente) CHDP? Si No 5. ¿Tiene FPACT? Si No

Yo entiendo que mi información médica/dental es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre la clínica BeverlyCare y de cualquier otro proveedor o organización sólo cuando es necesaria para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica . Los derechos de pacientes y las políticas de confidencialidad serán hechas públicas en la sala de espera y las copias estarán disponibles bajo petición. POR LA PRESENTE AUTORIZA EL TRATAMIENTO POR BEVERLYCARE. Si No Iniciales _____

Firma del paciente o padre (si menor): _____ Fecha _____
 Nombre y parentesco (si no es el paciente) _____