

Favor completar este formulario por ambos lados a su mejor saber y entender. Para las áreas donde no aplique escriba "N/A".

Información sobre el paciente			
Nombre del Paciente		Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> ¿Es menor de 18?	
1 ^{er} Nombre	Inicial-2 ^{do} Nombre	Apellido(s)	
Dirección de su domicilio		Ciudad	Código postal
			Condado
Correo electrónico (Email)		Celular/Móvil	# de teléfono alterno
¿Podemos enviarle mensajes seguros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Podemos dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		¿Podemos enviarle textos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Persona de contacto en caso de emergencia:			
Nombre completo		Relación	Teléfono
Nombre del Padre/Madre o Tutor			
Nombre completo		Dirección <input type="checkbox"/> Igual a la del Paciente	Teléfono
Información sobre la póliza de seguro médico			
Plan Médico: Primario	Nombre del asegurado/beneficiario de la póliza	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente
Núm. de póliza			
Plan Médico: Secundario	Nombre del asegurado/beneficiario de la póliza	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente
Núm. de póliza			

Favor indicar la información sobre su farmacia
Nombre de la farmacia: _____
Dirección de la farmacia: _____
Núm de teléfono de la farmacia: _____

Favor completar toda la información, la cual es requerida para propósitos del descuento

<p>Raza (Marque todas las que apliquen)</p> <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Nativo de Polinesia <input type="checkbox"/> Nativo americano/Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico (blanco) <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Rehusó contestar <p>Etnia</p> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No soy hispano/latino <input type="checkbox"/> Rehusó contestar	<p>Idioma preferido</p> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Swahili <input type="checkbox"/> Otro _____ <p>¿Requiere intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Género</p> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (Mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (Hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Rehusó contestar <p>Orientación/identidad sexual</p> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> LGBTQ+ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Rehusó contestar
--	--	--

¿Está usted sin techo/sin hogar?
 Sí No Rehusó contestar
 Si marcó "Sí" indique cuál: Comparto cama/cuarto Refugio Vivienda transitoria Calle Otro: _____
 Si marcó "No" indique cuál: Arriendo Propietario Dormitorio Vivo con padres/tutor Vivienda pública Otro: _____

¿Es usted trabajador agrícola?
 Sí No Rehusó contestar
 Si marcó "Sí" indique cuál: Granjero Migrante De temporada

¿Es usted veterano?
 Sí No Rehusó contestar

¿Está usted en servicio militar activo? Sí No Rehusó contestar
 Si marcó "Sí" indique la fuerza armada a la que pertenece: _____

Ingreso Familiar Anual

Ingreso: Menos de \$20,000 20,000-40,000 40,000-60,000 60,000-80,000 80,000 o más

Tamaño de la familia (inclúyase usted): 1 2 3 4 5 6+

¿Cómo supo de nosotros? Familia/Amigo Iglesia Albergue Raleigh Rescue Mission Centro de Salud Centro para Embarazadas Hospital Dept. de Servicios Sociales Diario/Radio/TV WakeMed UNC Rex Duke Raleigh Otro _____