

Nombre: _____ Numero Social: _____ - _____ - _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Divorciado(a) ____ Viudo(a) ____
 Veterano? Si No Temporal? Si No Trabajador(a) migrante? Si No Sin Hogar? Si No Dominio limitado de ingles? Si No

Genero al nacer: Masculino ____ Femenina ____
 Orientación sexual (circule todos los que apliquen): Lesbiana o homosexual ____ Heterosexual ____ Bisexual ____
 Otro ____ No lo sé ____ Elijo no revelar ____
 ¿Cuál es su identidad de género actual? Masculino ____ Femenina ____ Transgénero masculino / Trans-Hombre / FTM ____
 Mujer transgénero / Mujer Trans / MTF ____ Genero Queer ____ Categoría Adicional _____
 Que pronombres prefieres (por ejemplo, el / ellos, ella / ellas, ellos/ellas)? _____

Dirección: _____ Código Postal _____ Condado: _____
 Número de Teléfono _____ Número de Celular _____
 Dirección de correo electrónico _____ [] Deseo regístrame el portal de paciente

Raza: (circule uno): Asiático ____ Indígena ____ Americano/Nativo de Alaska ____ Afroamericano(a) ____
 Isleño del Pacífico ____ Hawaiano ____ Blanco ____ Mas de una raza ____ Negarse a identifica ____
 Grupo Étnico: (circulo uno) Hispano / Latino ____ No Hispano / No Latino ____ Negarse a identificar ____
 Idioma de preferencia: (circule uno) Inglés ____ Español ____ Otro: _____

Nombre de Trabajo o Patrón _____ Número de Teléfono _____

Nombre de Doctor de Cabecera _____ Número de Teléfono _____

¿Como se enteró de nuestra practica? _____ ¿Tiene seguro médico o dental? Si ____ No ____

PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA

Nombre _____ Relación con el paciente _____
 Número de teléfono _____ Segundo número de teléfono _____
 Direccion _____

Nombre dos personas para contactar en caso de emergencia:

Nombre _____ Número de Teléfono _____
 Nombre _____ Número de Teléfono _____

¿Directiva Avanzada de Ga? [] Si [] No

Farmacia de preferencia _____ Número de Teléfono _____

Ingreso anual del hogar: Menos de \$30,000 ____ \$30,001 - \$ 45,000 ____ \$45,001 - \$ 60,000 ____
 Mas de \$60,000 ____ Elijo no revelar ____

PRIMER SEGURO:

Nombre de la persona asegurada _____ Relación con el paciente _____
 Nombre de la Compañía _____ Numero de Identificación _____
 Direccion _____ Numero de Grupo _____

SEGUNDO SEGURO:

Nombre de la persona asegurada _____ Relación con el paciente _____
 Nombre de la Compañía _____ Numero de Identificación _____
 Direccion _____ Numero de Grupo _____

¿Su visita es debida a un accidente de trabajo o automovilístico? Si ____ No ____

AUTORIZO LA DIVULGACION DE CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA PROCESAR ESTA FACTURA A MI COMPANIA DE SEGURO. Y SOLICITO EL PAGO DE BENEFICIOS A PALMETTO HEALTH COUNCIL, INC. RECONOZCO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DEL PAGO, YA SEA O NO CUBIERTO POR EL SEGURO. TAMBIEN AUTROIZO AL PERSONAL DE SALUDA REALIZAR TODOS LOS SERVICIOS NECESARIOS REQUERIDOS PARA EL TRATAMIENTO.

Firma _____ Fecha _____