

Patient Information (aIDX)

Today's Date_____

Last Name_____First Name_____

Middle Name_____Title_____Suffix: ☐ Jr ☐ Sr

DOB_____AKA_____SSN_____

Sex: ☐ Female ☐ Male Legal Gender: ☐ Female ☐ Male ☐ Non-Binary Language _____

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Life Partner ☐ Widowed

Employment Status: ☐ Full Time ☐ Part-time ☐ Disabled ☐ Active Military ☐ Student ☐ Unemployed

Employer Name_____

Employer Address_____

Employer City, State, Zip_____Employer Phone_____

☐ Retired ☐ Retired Military Date of Retirement_____

Patient Mailing Address_____

City, State, Zip_____Email_____

Primary Phone_____ ☐ Cell ☐ Main/Primary ☐ Other ☐ Work

Secondary Phone_____ ☐ Cell ☐ Main/Primary ☐ Other ☐ Work

Method of Contact, Patient Notify: ☐ Cell ☐ Main/Primary ☐ Other ☐ Work ☐ Text

Patient Relation to Guarantor: ☐ Self ☐ Dependent Child ☐ Foster Child ☐ Other

Guarantor / Responsibility of Care:

Name_____

Address (if different)_____

City, State, Zip_____Phone_____

Patient Needs: ☐ Ambulates with Assisted Device ☐ Cognitive Disability ☐ Hearing Impaired ☐ Interpreter

☐ Refugee ☐ Sight Impaired ☐ Speech Impaired ☐ Transportation Needs ☐ Wheelchair

Ethnicity: ☐ Hispanic, Latino or Spanish Origin ☐ Not Hispanic, Latino or Spanish Origin ☐ Decline

Race: ☐ African American ☐ American Indian ☐ Asian ☐ Caucasian ☐ Hawaiian/Pacific Island ☐ Other

☐ Decline

Communication Opt-Out by checking these box(es) you will not receive these communications:

☐ Reminder – Appt Calls ☐ Reminder – Appt Text ☐ Patient Survey ☐ Future Mktg Mail

Primary Care Provider (PCP)_____

Emergency Contact Name_____Relationship_____

Primary Phone_____Secondary Phone_____

Emergency Contact Name_____Relationship_____

Primary Phone_____Secondary Phone_____

Datos Demográficos del/de la paciente (aIDX)

Fecha de hoy_____

Apellido_____Primer Nombre_____

Segundo Nombre_____Titulo_____Sufijo: ☐ Jr ☐ Sr ☐ _____

Fecha de Nacimiento_____*Alias_____*SSN_____

Sexo: ☐ Femenina ☐ Masculino Sexo Legal: ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ No Binario *Idioma_____Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divoridao/a ☐ Compañero/a de vida ☐ Viudo/aEmpleo: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Deshabilitado/a ☐ Militar Activo/a ☐ Estudiante☐ Desempleado/a

Empleador_____

Dirección del Empleador_____

Ciudad, Estado,_____

Codigo Postal_____Telefono del Empleador_____

☐ Jubilado/a ☐ Militar Jubilado/a Fecha de Jubilación_____

Dirección del Paciente_____Ste/Apt:_____

Ciudad , Estado, Codigo Postal_____Correo Electronico_____

Teléfono Primario_____ ☐ Cell ☐ Principal ☐ Otro ☐ TrabajoTeléfono Secundario_____ ☐ Cell ☐ Principal ☐ Otro ☐ Trabajo*Forma de Notificación: ☐ Cell ☐ Principal ☐ Otro ☐ Trabajo ☐ TextoRelación del/de la paciente (Para menores de edad): ☐ Propio ☐ Niño/a Dependiente ☐ OtroGarante: Responsabilidad del cuidado de menores: ☐ Padre/Madre ☐ Guardián

Nombre_____

Dirección (si es diferente al paciente)_____

Ciudad, Estado, Codigo Postal_____

Telefono_____

Necesidades del Paciente: ☐ Deambula con dispositivo asistido ☐ Discapacidad cognitiva☐ Discapacidad auditiva ☐ Intérprete ☐ Refugiado/a ☐ Discapacidad visual ☐ Discapacidad del habla☐ Necesidades de Transporte ☐ Silla de RuedasEtnicidad: ☐ Hispano/a, Latino/a ☐ No Hispano/a, Latino/a ☐ Me rehusó a revelarRaza ☐ Africanoamericano/a ☐ Indio/a Americano/a ☐ Asiatico/a ☐ Caucasico/a☐ Nativo/a de Hawaii o Isla del Pacifico ☐ Otro ☐ Prefiero no Contestar

Exclusión de Comunicación – Al marcar estas casillas, no recibirá estas comunicaciones:

☐ Llamadas de facturas ☐ Llamadas de Cita ☐ Texto de Cita ☐ Encuesta al Paciente ☐ Promoción por Correo

Proveedor de atención primaria_____

Contacto en caso de Emergencia_____Relación_____

Teléfono Primario_____Teléfono Secundario_____

Contacto en caso de Emergencia_____Relación_____

Teléfono Primario_____Teléfono Secundario_____