

Patient Demographics

Today's Date _____

Name _____ AKA _____
Last First Middle

DOB _____ Social Security _____ Sex Female Male

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone () _____ Cell Phone () _____

Prof. Contact Method _____ Email _____

Primary Care Physician _____ Primary Language _____

Race African American/Black American Indian/Alaskan Native Asian Native Hawaiian/Pacific Island
 White Other Decline

Ethnicity Hispanic/Latino Not Hispanic or Latino Refuse to Report

Marital Status Single Married Divorced Widowed Separated

Emergency Contact

Name _____ Home Phone () _____

Relationship _____ Work Phone () _____

Emergency Contact

Name _____ Home Phone () _____

Relationship _____ Work Phone () _____

Employer/Student Status Fulltime Part-time Unemployed Retired Student Active Military

Employer _____ Work Phone () _____

Family and Friends Authorization Persons authorized to receive medical information.

Name _____ DOB _____

Name _____ DOB _____

Name _____ DOB _____

Responsibility for Care (for minors)

Parent Guardian's Name _____ DOB _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone () _____ Cell Phone () _____

Datos demográficos del/ de la paciente

Fecha de hoy _____

Nombre _____ Alias _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento _____ N° de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del domicilio () _____ Teléfono celular () _____

Método preferido de contacto _____ Correo electrónico _____

Médico de atención primaria _____ Idioma primario _____

Raza Afroamericano/a o negro/a Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska Asiático/a
 Nativo/a de Hawái o isla del Pacífico Blanco/a Otro Prefiero no contestar

Etnicidad Hispano/a o latino/a Ni hispano/a ni latino/a Me rehúso a revelarla

Estado civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Persona para contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono del domicilio () _____

Relación _____ Teléfono del trabajo () _____

Persona para contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono del domicilio () _____

Relación _____ Teléfono del trabajo () _____

Empleador/ Estudiante Estatus Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Jubilado
 Estudiante Militar Activo

Empleador _____ Teléfono del trabajo () _____

Autorización para familiares y amistades Personas autorizadas para recibir información médica.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Responsabilidad de la atención del/ de la paciente (para menores de edad)

Padre/ Madre Nombre del/ de la tutor(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del domicilio () _____ Teléfono celular () _____