



INFORMACION DEL CLIENTE

For Office Use Only

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL CLIENTE

Fecha de Nacimiento ___/___/___ (d/m/a) Edad ___ #SS _____

Nombre (Primero) _____ Segundo ___ Apellido _____

Dirección _____

Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____

Por favor, elija dos métodos que podemos usar para comunicar sobre resultados, visitas sucesivas, facturación, etc.

Celular _____ Texto? Sí No Casa _____ Texto? Sí No

Trabajo _____ Texto? Sí No Correo Electrónico _____ Sí No Correo - Sí No

Género Mujer Hombre Al nacer fue Usted un : Solo Gemelo Trillizo Otro

Raza Blanco Indio Americano Negro Nativo de Alaska Raza Hispano No Hispano Desconocido
Asiático Isleño del Pacifico Hawaiano Otro

Lenguaje Inglés Español Otro _____ Inglés Limitado Sí No

Client # _____

Fee Category # _____

Has Ins. Medicaid No Ins.

Chart Ready Time: ___:___ am/pm

Initials: _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN Madre Padre Otro _____

#SS _____

Nombre (Primero) _____ Segundo _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ (d/m/a)

SEGURO PRIMARIO Ninguno Relación del paciente al asegurado: Mismo Cónyuge Hijo/a

Compañía de Seguro : _____ Nombre del asegurado principal: _____

Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ Número de Teléfono del asegurado: _____

ID#: _____ Grupo #: _____

Dirección del asegurado si es diferente al cliente: _____

INFORMACION DE MEDICAID

Nombre (como aparece en su carta): _____ Medicaid # _____

PARA TODOS LOS CLIENTES DE SALUD REPRODUCTIVA

Antes de que nuestro personal puede compartir cualquier información con los clientes, les van a preguntar por su contraseña y el apellido de soltera de su madre.

Apellido de soltera de su madre: _____ Contraseña: _____

Voltar la pagina y completar el otro lado

