

**DE BACA FAMILY PRACTICE CLINIC
PO BOX 349, FORT SUMNER, NM 88119
Hoja de información Demográfica**

Nombre:		Guardiano-si menos de 18:	
La dirección postal:		La ciudad:	Estado: El Código postal:
Número de teléfono de casa:		Celular:	Seguro Social:
Sexo: Hombre Mujer	Fecha de Nacimiento:	Comunicación preferida:	Ingles Español Otro_____
El estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado La Pareja Separado legalmente			
La Raza: Afro-Americano Negro Indio Americano/Nativo de Alaska Asiano Blanco Hawaiano Nativo/Isleno del Pacifico			
La Etnia: Hispano No-Hispano			
Correo electrónico del paciente:		Ocupación del paciente:	
El Contacto de Emergencia			
Nombre: _____		Nombre: _____	
La relación: _____		La relación: _____	
El número de teléfono: _____		El número de teléfono: _____	
Guardián legal/Apoderado de Atención Médica:		Relación:	
Cuidador principal:		Relación:	
Información de Seguro			
Compañía de seguros Médicos: _____		Compañía de seguros Dentales: _____	
Número de grupo: _____		Número de grupo: _____	
Número de Identificación: _____		Número de Identificación: _____	
Seguranza secundaria: _____		Seguranza secundaria: _____	
Número de grupo: _____		Número de grupo: _____	
Número de Identificación: _____		Número de Identificación: _____	
Proveedor Preferido			
<u>Proveedor Primaria</u> (marque uno)		<u>Proveedor Dental</u> (marque uno)	
DR. JACK VICK, MD		DR. MCALLISTER, DDS	
DARLENE JENKINS, FNP		KAREN FOISIE, RDH	
LANEY PIERCE, FNP		DANA PATTERSON, RDH	
<u>La Orientación Sexual</u> (marque uno)		<u>Por Favor marque la Identidad de Género</u>	
Heterosexual (no gay/lesbiana)		Hombre	
Lesbiana/Gay		Mujer	
Bisexual		Hombre/Mujer-Hombre transgénero	
Otro		Mujer/Hombre-Mujer transgénero	
No sé		Otro	
Elija no reveler		Elija no reveler	
Le gustaria recibir un recordatorio de que se le debe las vacunas?			
Si No			
Veterano			
Si No			
La siguiente información es recopilada sólo para propósitos de informes numéricos. <i>(Si usted desea reunirse con nuestra guía de seguros sobre las opciones disponibles para usted, por favor, dejenos saber).</i>			
Ingresos anuales estimados para su hogar (marque uno)			Tamaño del hogar: _____
Menos de \$12,000	\$24,001 - \$30,000	\$42,001 - \$48,000	
\$12,001 - \$18,000	\$30,001 - \$36,000	\$48,001 - \$54,000	Mas de \$60,000
\$18,001 - \$24,000	\$36,001 - \$42,000	\$54,001 - \$60,000	Elija no escojer
Tiene lo siguiente? Si es asi, por favor proporcione una copia			
Directivas Anticipadas:	SI NO	No Resucitar (DNR):	SI NO
Testamento Vital:	SI NO	<input type="checkbox"/> Por favor, marque las casilla si desea obtener mas informacion sobre uno de estos.	