



Demographics

Fecha de hoy _____
Today's Date

Proveedor tratante _____
Treating Provider

Nombre legal
Legal Name

Primer nombre: _____ Apellido: _____
First Last

Inicial del segundo nombre ____ Jr, Sr, II, III
MI

Dirección
Address

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Street City State Zip

Teléfono
Phone

Casa _____ Móvil _____
Home Mobile

Correo electrónico _____
Email

Fecha de nacimiento _____
Date of Birth

Sexo (rodear) Masculino Femenino Otro
Sex (Circle) Male Female Other

Orientación sexual (rodear)
Sexual Orientation (Circle)

Heterosexual Lesbiana/Gay/Homosexual Bisexual Queer Pansexual
Straight/Heterosexual Lesbian/Gay/Homosexual Bisexual Queer Pansexual
Asexual No deseo especificar Otra, describa
Asexual Declined to Specify Something else, please describe

Identidad de género (rodear)
Gender Identity (Circle)

Hombre Mujer Hombre transgénero Mujer transgénero
Male Female Transgender Male Transgender Female

Ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino No estoy seguro/en duda No deseo especificar
Neither Exclusively Male or Female Not Sure/Questioning Declined to Specify

Categoría de género adicional, descríbala
Additional gender category, please describe

Raza (rodead)
Race (Circle)

Blanco White	Negro/Afroamericano Black/African American	Indio estadounidense/Nativo de Alaska American Indian/Alaska Native	Asiático Asian
Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico Native Hawaiian/Other Pacific Islander	Todas las demás razas All Other Races	No deseo especificar Declined to Specify	

Idioma _____
Language

Farmacia
Pharmacy

Nombre _____
Name

Calle _____	Ciudad _____	Estado _____	CP _____
Street	City	State	Zip

Médico de cabecera _____
Family Doctor

N.º del Seguro Social _____
Social Security #

¿Tiene una directiva anticipada/testamento vital (encierre en un círculo)? Sí No
Do you have an Advanced Directive/Living Will (Circle) Yes No

Si la respuesta es afirmativa,
If yes,

Nombre del albacea _____	Vínculo _____
Custodian Name	Relationship

Estado civil (encierre en un círculo)
Marital (Circle)

Casado/a Married	Pareja de hecho Domestic Partner	Divorciado/a Divorced	Viudo/a Widowed	Soltero/a Single
---------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------	---------------------

Seguro comercial (principal)
Commercial Insurance (Primary)

Nombre del seguro _____
Name of Insurance

N.º de grupo _____ N.º de identificación del miembro/póliza _____
Group # Member/Policy ID #

N.º RX Bin _____ N.º de RX grupal _____
RX Bin# RX Group #

Nombre del asegurado _____ Vínculo con el asegurado (si no es el paciente) _____
Name of Insured Relationship to Insured (if not patient)

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Empleador del asegurado _____
Insured's Date of Birth Insured's Employer

Seguro comercial (secundario)
Commercial Insurance (Secondary)

Nombre del seguro _____
Name of Insurance

N.º de grupo _____ N.º de identificación del miembro/póliza _____
Group # Member/Policy ID #

N.º RX Bin _____ N.º de RX grupal _____
RX Bin# RX Group #

Nombre del asegurado _____ Vínculo con el asegurado (si no es el paciente) _____
Name of Insured Relationship to Insured (if not patient)

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Empleador del asegurado _____
Insured's Date of Birth Insured's Employer

Seguro Comercial (terciario/tercero)
Commercial Insurance (Tertiary/Third)

Nombre del seguro _____
Name of Insurance

N.º de grupo _____ N.º de identificación del miembro/póliza _____
Group # Member/Policy ID #

N.º RX Bin _____ N.º de RX grupal _____
RX Bin# RX Group #

Nombre del asegurado _____ Vínculo con el asegurado (si no es el paciente) _____
Name of Insured Relationship to Insured (if not patient)

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Empleador del asegurado _____
Insured's Date of Birth Insured's Employer

Seguro de indemnización por accidente laboral
Work Comp Insurance

Nombre del seguro _____
Name of Insurance

N.º de reclamación _____ Fecha de la lesión _____
Claim # Date of Injury

Parte del cuerpo lesionada _____ Empleador _____
Injured Body Part Employer

Dirección del empleado _____
Employer Address Calle Ciudad Estado Código postal
Street Address City State Zip

Seguro automotor
Auto Insurance

Nombre del seguro _____
Name of Insurance

Dirección del seguro _____
Insurance Address Calle Ciudad Estado Código postal
Street Address City State Zip

Fecha de la lesión _____ Parte del cuerpo lesionada _____
Date of Injury Injured Body Part

N.º de reclamación _____
Claim #