



## Demografía del tiempo de inactividad Downtime 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                                   | Negro/Afroamericano    | Indio estadounidense/Nativo de Alaska | Asiático             |
| White                                    | Black/African American | American Indian/Alaska Native         | Asian                |
| Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico |                        | Todas las demás razas                 | No deseo especificar |
| Native Hawaiian/Other Pacific Islander   |                        | All Other Races                       | 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 | Pareja de hecho  | Divorciado/a | Viudo/a | Soltero/a |
| Married  | Domestic Partner | Divorced     | Widowed | 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 #