

Información Del Paciente

Apellido: _____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido de Soltera: _____ Fecha De Nacimiento:
_____ (mm/dd/yyyy)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

De seguro social/ITIN: _____ # De Residencia/Visa:

Correo Electrónico:

#Primario: _____ Celular _____ Casa _____

Trabajo: _____

Condado de Donde (Reside):

___ Durham _____ Orange
___ Harnett _____ Wake
___ Johnston _____ Other County: _____

Genero: Masculino _____ Femenino _____ Otro _____

Estado Civil: ___ Casado/a ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Separado/a ___ Viudo/a

Raza (Marque Uno):

___ Indio Americano o Nativo de Alaska _____ Hispano o Latino
___ Asiático _____ Hawaiano Nativo o Isleño del Pacifico
___ Negro o Afroamericano _____ Otro: _____
___ Caucásico o Blanco

Idioma Preferido: Hablar: _____ Leer: _____

Estado de Residencia (Marque Uno):

- Ciudadano
- Extranjero con tarjeta de empleo valida
- Ciudadano extranjero con una visa valida
- Estudiante extranjero, turista o viajero de negocios
- Visa de Estudiante
- Ciudadano extranjero Residente permanente con < 5 anos
- Ciudadano extranjero residente permanente con >5 anos
- Indocumentado/a

¿Cuál es su situación laboral actual?

- Tiempo Completo
- Estacional
- Medio Tiempo
- Cuenta Propia
- Temporal
- Desempleado/a

Nombre Del Empleador: _____

¿Eres un estudiante de tiempo completo? (Si/No) _____

Si respondió si, Donde: _____

¿Cuándo fue el ultimo ano que presento una declaración de impuestos? _____

¿Recibe beneficios de seguro social o discapacidad? (Si/No) _____

Si, ¿cuándo solicito los beneficios? _____

¿Cuándo comenzaron sus beneficios? _____

¿Cuánto recibes al mes? _____

Estatus Militar (Marque Uno):

- Activo
- Jubilado
- Nunca a servido
- Reservista
- No aplica

¿Ha solicitado beneficios para veteranos? (Si/No) _____

Si respondió si, ¿Cuándo solicitó los beneficios? _____

¿Cuándo comenzaron sus beneficios? _____

¿Tienes seguro médico? (Si/No) _____

Si respondió si, ¿qué seguro tiene?

___ Privado (e.g. BCBS, United
Healthcare, Cigna, Aetna)
___ Dental
___ Vision

___ Medicaid
___ Medicare
___ Otro
Por favor especifique: _____

Esta cita se debe a: ___ accidente automovilístico ___ lesión relacionada con el trabajo

Si respondió si, indique la fecha/y tipo de lesión: _____

¿Cómo se enteo de la alianza?

___ Internet
___ Medios de Comunicación Social
___ Folleto Comunitario
___ Agencia Asociada:
___ Step-Up Ministry
___ Family Table
___ Otro: _____

___ Amigo/Familia
___ Lugar de Adoración: _____
___ Hospital/Proveedor de Referencia:
___ WakeMed ___ UNC-REX
___ Duke Raleigh
___ Departamento de Salud
___ Other: _____

De qué manera usted llega a la clínica? Que tipo transporte usa?

___ Auto particular
___ Taxi
___ Autobus
___ Caminar
___ Otro

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre Completo: _____

Relación al paciente: _____

Primario: _____ # Trabajo: _____

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Uso del Hospital

¿Dónde iría si tuviera que ir al hospital?

___ WakeMed ___ UNC Rex ___ Duke Raleigh ___ UNC-CH

¿A dónde fue la última vez que tuvo que ir al hospital?

___ WakeMed ___ UNC Rex ___ Duke Raleigh ___ UNC-CH

Miembros adicionales del Hogar:

¿Cuántas personas en su hogar? _____

1. Nombre: _____ Edad: ___ Fecha de Nacimiento: _____

¿Esta persona está empleada? (Si/No) _____ Ingreso Mensual: _____

Relación al paciente: _____

2. Nombre: _____ Edad: ___ Fecha de Nacimiento: _____

¿Esta persona está empleada? (Si/No) _____ Ingreso Mensual: _____

Relación al paciente: _____

3. Nombre: _____ Edad: ___ Fecha de Nacimiento: _____

¿Esta persona está empleada? (Si/No) _____ Ingreso Mensual: _____

Relación al paciente: _____

4. Nombre: _____ Edad: ___ Fecha de Nacimiento: _____

¿Esta persona está empleada? (Si/No) _____ Ingreso Mensual: _____

Relación al paciente: _____

5. Nombre: _____ Edad: ___ Fecha de Nacimiento: _____

¿Esta persona está empleada? (Si/No) _____ Ingreso Mensual: _____

Relación al paciente: _____

Por favor enumere cualquier otro en el espacio disponible debajo o atrás: