



**Información Demográfica del Paciente**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre de Pila M.I.

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

\_\_\_\_\_  
 Dirección Ciudad/Estado/Código Postal Número de teléfono

**Paciente(s) reside(n) con:**  Ambos Padres  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_  
 (Favor de describir la custodia compartida: Abuelo/Tutor legal)

**Información del padre o tutor responsable / Legal (indicar quién es financieramente responsable de la atención médica del paciente):**

Marque esta casilla si ambos padres comparten la responsabilidad financiera.   
 Tenga en cuenta que podemos requerir copias de documentos de tutela legal

\_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
 Dirección, si es diferente al paciente Ciudad/Estado/Código postal Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Ocupación Empleador Correo Electrónico Licencia de Conducir

\_\_\_\_\_  
 Numero de teléfono Otro Numero de teléfono

**Padres adicionales / Tutor Legal:**

\_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
 Dirección, si es diferente al paciente Ciudad/Estado/Código Postal Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Ocupación Empleador Correo Electrónico Licencia de Conducir

\_\_\_\_\_  
 Número de teléfono Otro número de teléfono

**Etnicidad: Por favor, marque lo que corresponda (Opcional)**

Hispano o Latino  No- Hispano  Desconocido  Rehusó

**Raza: Por favor, marque lo que corresponda (Opcional)**

Indio Americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  
 Nativo de Hawái o de otra isla del pacifico  Blanco  Desconocido  Rehusó

**Idioma:** \_\_\_\_\_

**Certifico que he proporcionado información que sea verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento:**

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/tutor legal Fecha Relación al paciente