



Fecha: \_\_\_\_\_

Información Del Paciente	Apellido:		Nombre:		Apodo:	
	Dirección:				Apt#:	
	Ciudad/Estado/Codigo Postal:				Fecha de Nacimiento:	
	↓ Por favor marca un 'x' a lado del numero preferido. ↓					
	Teléfono de Casa: <input type="checkbox"/>		Teléfono de Trabajo: <input type="checkbox"/>		Teléfono Celular: <input type="checkbox"/>	
	Correo Electrónico:				Podemos dejar mensajes sobre sus resultados? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	Estado Matrimonial:		Numero Seguridad Social:		Es Veterano o Militar Activa: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	Idioma (si el inglés no es su idioma principal): <input type="checkbox"/> Paciente requiere traducción <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Portugues <input type="checkbox"/> Otra: _____					
	Contacto de Emergencia:		Numero de Teléfono de Emergencia:		Relación:	
	↓ PARA MENORES DE EDAD (debajo de los 18 años) ↓					
Madre/Guardiana:		Numero de Teléfono: ( )	Padre/Guardiano:		Numero de Teléfono : ( )	
Información Adicional	<b>Farmacia Preferido – Nombre y Dirección:</b>					
	Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgraduado					
	Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Empleado Independiente <input type="checkbox"/> Sin Empleo					
	Empleador:		Título:		Nombre de Empleados: 1-10 <input type="checkbox"/> 10-99 <input type="checkbox"/> 100+ <input type="checkbox"/>	
	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawiano/Pacifico <input type="checkbox"/> Moreno/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indio American/Alaska <input type="checkbox"/> Rechazar respuesta			Etnicidad (elige uno): <input type="checkbox"/> Hispano ó Latino <input type="checkbox"/> Rechazar <input type="checkbox"/> No Hispano ó Latino		
	Estado Alojamiento: <input type="checkbox"/> Hogar Unifamiliar <input type="checkbox"/> Hogar Multifamiliar <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Asilo de la 3er edad <input type="checkbox"/> Otra: _____					
	Identidad Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> No-binario <input type="checkbox"/> Otro					
Seguro Primaria	<b>Por favor entrega su tarjeta de seguro con la informacion debajo.</b>					
	Nombre del seguro médico:			ID del Miembro:		ID del Grupo:
	Nombre del Suscriptor:		Relación al Paciente:		Fecha de Nacimiento Suscriptor :	
	Dirección del Suscriptor:				Apt#:	
	Ciudad/Estado/Codigo Postal :		Numero de Teléfono del Suscriptor:		Seguro Social Suscriptor:	
Seguro Secundario	<b>Por favor entrega su tarjeta de seguro con la informacion debajo.</b>					
	Nombre del seguro médico:			ID del Miembro:		ID del Grupo:
	Nombre del Suscriptor :		Relación al Paciente :		Fecha de Nacimiento Suscriptor :	
	Dirección del Suscriptor :				Apt#:	
	Ciudad/Estado/Codigo Postal :		Numero de Teléfono del Suscriptor:		Seguro Social Suscriptor :	

Responsable	<b>Facturas serán mandado al responsable. Si el responsable es igual que el paciente – NO LLENA ESA PARTE.</b>		
	Apellido del Responsable:	Nombre:	Sexo:
	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguridad Social:	Relación al Paciente:
	Dirección:		Apt#:
	Ciudad/Estado/Codigo Postal :	Numero de Teléfono:	
Cuestionario Social, Salud y Cultural	<b>*Larchmont Family Medicine respeta todas culturas y razas. Ofrecemos un lugar seguro y de confianza por todos pacientes.*</b>		
	Hay problemas personales o preocupaciones en casa, trabajo o escuela guste hablar con nosotros hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
	Tiene dificultades financieras que le afecta su capacidad para cuidar su salud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
	Tiene dificultades de transporte que afecta directamente su acceso a sus doctores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
	Cada cuanto usted recibe el apoyo social y emocional que necesita?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
	Usted se siente seguro en su casa?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
	Comentarios (Por favor explique cualquier respuesta marcado "sí".):		
	Escribe los especialistas que consulta de manera regular (ie. dermatólogo, neurólogo, psiquiatría.)		
Certificación	Como supo de nosotros? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Recomendado por amigo/familia <input type="checkbox"/> Recomendado por otra oficina Otro: _____ Nombre de la persona que lo ha referido: _____		
	<b>Certifico que la información escrita es verdadera y correcta lo mejor que puedo. Además confirmo lo siguiente :</b>  Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También acepto la responsabilidad por el costo de cualquier servicio que no esté cubierto por los términos de mi póliza de seguro, pero que sea solicitado por mí o considerado necesario por mi médico. Soy totalmente responsable de proporcionar información precisa y actualizada sobre mi seguro para mí o para mis dependientes en todas y cada una de las citas. Cualquier lapso en la cobertura o información incorrecta quedará bajo mi responsabilidad y se pagará de inmediato.  Autorizo a Larchmont Family Medicine a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos médicos.  Las citas perdidas están sujetas a un cargo por servicio de <b>\$50.00</b> que incurrirá en cargos de facturación si el saldo no se paga de inmediato. Las llegadas tardías estarán sujetas a reprogramación si llego más tarde de <b>10 minutos</b> después de la hora de mi cita.  Entiendo que se espera el pago en el momento del servicio y que se procesará una tarifa de facturación de <b>\$15.00</b> por cualquier copago o factura no pagada en el momento del servicio.  He recibido una copia o he leído una copia de su Aviso de prácticas de privacidad actual.  Autorizo a mi médico de Larchmont Family Medicine a proporcionar tratamiento médico / quirúrgico para el paciente mencionado anteriormente y a divulgar cualquier información pertinente a esta atención a otros proveedores de atención médica o de ellos.  Nombre de la persona llenando este ficha Imprenta _____  Fecha: _____ Firma _____  Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardiano/a Legal <input type="checkbox"/> Otra: _____		