

<b>Información del Paciente:</b> <i>Apellido</i>		<i>Primer Nombre</i>		<i>No. Seguro Social</i>	
<i>Domicilio</i>		<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>
<i>Dirección Postal</i>		<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>
<i>Teléfono de Domicilio</i>	<i>Teléfono de Empleo</i>	<i>Correo Electrónico</i>		<i>Fecha de Nacimiento</i>	
<b>No. Miembros en el Hogar</b>	<b>Cabecera de Familia</b>	<b>Nivel de Ingreso</b>		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	

<b>Aseguranza Principal</b>	<b># ID</b>	<b># Grupo</b>	<b>Nombre del Asegurado</b>		
<b>Parte Responsable:</b> <i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>		<i>No. Seguro Social</i>		
<i>Domicilio</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>	
<i>Dirección Postal</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>	
<i>Teléfono de Domicilio</i>	<i>Teléfono de Empleo</i>	<i>Correo Electrónico</i>		<i>Fecha de Nacimiento</i>	
<i>Nombre de Empleador</i>		<i>Dirección de Empleador</i>			
<b>Relación a la Parte Responsable</b>		<b>Estado Civil</b>		<b>Idioma Principal</b>	
<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado			

<b>Raza</b>		<b>Es usted</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Asiático		<b>Hispano/Latino?</b>	
<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Afro-Americano		<b>Es usted veterano?</b>	
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Polinesia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Blanco		<b>Usted fuma?</b>	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Algunas de las preguntas a continuación pueden resultarle incomodas pero sus respuestas honestas ayudaran a Desert Senita a proveer un mejor y personalizado servicio para usted. Al responder estas preguntas, nos ayudara a calificar los recursos que respaldan los servicios que proveemos para usted.

<b>Orientación Sexual:</b>	<b>Identidad de Género:</b>	<b>Sexo Asignado al Nacer:</b>
<input type="checkbox"/> Lesbiana/Homosexual	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Otro/Variante de Genero/Intersexual	<input type="checkbox"/> No Revelar
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Transgenero Masculino/Femenino-a-Masculino	
<input type="checkbox"/> Cuestionando	<input type="checkbox"/> Transgenero Femenino/Masculino-a-Femenino	
<input type="checkbox"/> No Revelar	<input type="checkbox"/> No Revelar	

**¿Por cuál pronombre prefiere que se dirijan a usted?**  Ella  El  Ellas/Ellos  Zie/Hir  Otro: \_\_\_\_\_

<b>Contacto de Emergencia:</b> <i>Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Teléfono de Domicilio</i>	<i>Teléfono de Empleo</i>
--	-----------------	------------------------------	---------------------------

**AUTORIZACION Y ASIGNAMIENTO**  
 Yo voluntariamente doy mi consentimiento al cuidado de paciente ambulatorio en Desert Senita Community Health Center y/o Dental Center (DSCHC/DSDC), abarcando rutina, cirugía menor, procedimientos de diagnóstico y/o dental. Comprendo que la compañía aseguradora que he enlistado será cobrada por mis servicios. Asigno pagos de la compañía aseguradora sean dirigidos hacia DSCHC y/o DSDC. Comprendo que no todos los servicios podrían ser cubiertos y que seré responsable financieramente del balance no cubierto por mi aseguranza. Comprendo que cualquier sobrepago en mi cuenta será reembolsado de manera oportuna. El proveedor que me atienda (Doctor, Asistente Medico Certificado, Enfermera Avanzada Registrada o Dentista) puede revelar cualquier información necesaria a Medicare, Medicaid o la tercera parte responsable financieramente. Esta autorización y asignación puede ser revocado por mí en cualquier momento por escrito.

\_\_\_\_\_  
**Signature** \_\_\_\_\_  
**Date**