



Neighborhood Outreach Access to Health

Formulario de información demográfica

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)			
Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	No. de Seguro Social
Domicilio local		Domicilio secundario/de facturación (si es aplicable)	
Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono celular	Ciudad, Estado, Código Postal secundarios (si es aplicable)	
Teléfono de casa		Teléfono secundario (si es aplicable)	
Dirección de correo electrónico		Estado civil (circule uno) <i>Casado(a)/Soltero(a)</i>	
Proveedor de atención primaria (médico)			

INFORMACIÓN SOBRE EL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia	Teléfono del contacto de emergencia	Relación con el paciente
Dirección de correo electrónico del contacto de emergencia		

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

Empleador	Segundo empleador (si es aplicable)
Domicilio del empleador	Domicilio del segundo empleador (si es aplicable)
Ciudad, Estado, Código Postal del empleador	Ciudad, Estado, Código Postal del segundo empleador (si es aplicable)
Teléfono del empleador	Teléfono del segundo empleador (If Applicable)

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de seguro médico primario	No. de póliza	No. de grupo	
Titular de la póliza	Relación del titular de la póliza con el paciente	Fecha de nacimiento	Sexo del titular
Dirección de la aseguradora	Fecha de efectividad	Fecha de expiración	Cantidad del deducible o copago
Ciudad, Estado, Código Postal de la aseguradora	Teléfono de la aseguradora		

SEGURO MÉDICO ADICIONAL (SI ES APLICABLE)

Compañía de seguro médico primario	No. de póliza	No. de grupo	
Titular de la póliza	Relación del titular de la póliza con el paciente	Fecha de nacimiento	Sexo del titular
Dirección de la aseguradora	Fecha de efectividad	Fecha de expiración	Cantidad del deducible o copago
Ciudad, Estado, Código Postal de la aseguradora	Teléfono de la aseguradora		