



Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Nombre del paciente Completo: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Números de contacto: Casa _____ Celular: _____ correo electrónico: _____
Contacto Preferido: _____ día _____ Noche Correo electrónico _____
Genero: Masculino _____ Femenino _____ : Edad _____
() Casado () Viudo () Soltero () Separado () Divorciado () compañero de vida
Estado de Estudiante: Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____ No estudia _____
Condición de veterano: Si _____ No _____ Fumador: Si _____ No _____
Contacto de Emergencia Nombre: _____ # de contacto: _____ relacion _____
***** somos requeridos a obtener la siguiente información solicitada *****
Vivienda: Casa _____ viviendo con otros _____ Refugio _____ Calle _____ Transicional _____
Trabajador migrante: Migrantes _____ No es un trabajador agrícola _____ temporal _____
Barrera de Idioma: Sí _____ No _____ ¿Cuál es su idioma preferido?: _____
Raza: Nativo Americano Indio _____ Hawaiano _____ Blanco _____ Asiático _____
Negro /Afro Americano _____ Otra de las islas del Pacífico _____ Hispano _____
Origen étnico: Hispano / Latino _____ No Hispano _____
Proveedor de Cuidado Primario: _____
Dentista primario: _____
Cobertura de Seguro Primario: _____
Nombre de Suscriptores: _____ Relación al paciente: _____
Cobertura de Seguro Adicional: _____
Número de miembros de la familia en el hogar: _____
***** Indique su ingreso de familia en una de las categorías que se listado a continuación *****
Ingresos del hogar: Semanal _____ Mensual _____ Cada dos semanas _____ anual _____
Como escuchaste de CHDC? _____

Responsabilidad Financiera

Todos los servicios profesionales prestados se cobran al paciente y deben ser pagados al momento del servicio, a menos que otros arreglos se hayan realizado con anterioridad con nuestro Departamento Financiero del Paciente. A pesar de que compilaremos los formularios necesarios para presentar a su compañía de seguros es la responsabilidad del paciente para disputar los servicios no cubiertos con su compañía de seguros.

Además, entiendo que las cuotas se deben pagar en la fecha que se prestan los servicios y se compromete a pagar todos los gastos incurridos completo inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente.

Firma del paciente

Fecha

Firma del tutor si el paciente es menor
de 18 años Fecha