

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____ Proveedor de atención primaria, *Si no es el PCP de BMRHC, obtenga el retorno de la inversión (ROI):* _____ Número de teléfono del PCP _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____ Dirección: _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor complete la siguiente sección CON RESPECTO AL PACIENTE:

Por favor seleccione el paciente **Carrera:**

- | | | |
|------------------------------|----------------------|----------------------|
| • Blanco/Caucásico | • filipino | • asiático |
| • Chino | • vietnamita | • coreano |
| • indio asiático | • Más de una carrera | • samoano |
| • guameño | • Hispano/Blanco | • indio americano |
| • Otros isleños del Pacífico | • japonés | • Negarse a informar |
| • Afroamericano/Negro | • Otro asiático | |
| | • Nativo hawaiano | |

Por favor seleccione los pacientes **Etnia:**

- | | |
|---|---|
| • No hispano/latino | • Hispano/Latino/a (en caso afirmativo, seleccione la subcategoría a continuación:) |
| • Mexicano/Mexicoamerican o | • puertorriqueño |
| • Hispano/latino/a y español combinados | • cubano |
| | • Otro hispano/latino o español |

- **Idioma principal (círculo):** inglés, indio, español, ruso, marshalés, otro
- **Estado civil (círculo):** Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Separado legalmente, Pareja, Desconocido
- **Veterano (círculo):** Sí No
- **Nivel educativo (círculo):** Algo de escuela secundaria, GED, Graduado de escuela secundaria, Algo de universidad, Graduado universitario
- **Necesidades de comunicación (círculo):** Ninguno, con discapacidad visual, con discapacidad auditiva, con discapacidad cognitiva
- **Barrera de transporte (círculo):** Sí No
- **Sexo al nacer:** Macho femenino
- **Identidad de Género (Círculo):** Hombre, Mujer, Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans, Hombre Mujer/Mujer transgénero/Mujer trans, Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino, Elija no revelar, categoría de género adicional
- **Transgénero: (Círculo)** en caso afirmativo
- **Orientación sexual (círculo):** Lesbiana/Gay/Homosexual, Heterosexual/Heterosexual, Bisexual, No sé, Algo más, Elige no revelar

Trabajador Agrícola: Sí/No(*Si responde "Sí", especifique: estacional, migrante, trabajador agrícola empleado, trabajador agrícola desempleado*)

Sin hogar: Sí/No(*Si responde "Sí", especifique: refugio para personas sin hogar, calle, transición, alojamiento doble, otro*)

PROPORCIONAR TARJETAS DE SEGURO AL PERSONAL DE LA OFICINA PRINCIPAL

FARMACIA PREFERIDA _____

Firma de la parte responsable del paciente _____

Fecha _____

Por la presente certifico que la información anterior es correcta