



Demographics



Datos Demográficos del Paciente

Nombre Legal: _____ **Nombre Preferido:** _____
(Apellido) (Nombre de pila) (I.M.)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: En casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Número de seguro social: _____

Estatus Matrimonial: () Soltero(ra) () Casado(a) () Divorciado (a) () Viudo(a)

¿Es un estudiante en el presente? () No () Sí, de tiempo parcial () Sí, de tiempo completo

¿Puede nuestra oficina dejar algún recado en su contestador/buzón de voz? () En casa () al trabajo () En el celular
(Excepción: Los resultados de patología/laboratorio sólo serán entregados al paciente o a la persona designada. Los resultados no serán dejados en las grabadoras.)

¿Si no le podemos contactar, a quien, si cualquiera, podemos dar información médica y/o factura?

(Nombre) (Número teléfono) (Relación)

Con proveer su correo electrónico aquí _____, usted autoriza a Dermatology Specialist of Omaha a que me manden información por correo electrónico (e-facturas, recuerdos de cita o especiales/descuentos promocionales para ciertos servicios).

Regulaciones Federales requerir que nosotros obténganos la información siguiente. Por favor escoja todos que le apliquen.

Etnicidad: () No Hispano/ No Latino () Hispano/ Latino () Otra

Raza: () Caucásico(ca) () Negro Americano(a) () Indio Americano(a) () Asiático(ca) () Isleño del Pacífico () Otra

Idioma: () Ingles () Español () Francés () Alemán () Mandarín () Vietnamita () Italiano () Otra

Ocupación: _____

Si es jubilado, por favor liste su profesión antigua.

Nombre de lugar de empleo: _____ Dirección de lugar de empleo: _____

Nombre y Dirección de su Médico principal: _____

Fui referido(a) aquí por: _____
(Nombre) (Relación) (Número de teléfono)

Firma de paciente, Padre/ Guardián legal, o Carta poder

Fecha