

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

¿Tiene el paciente número de **Seguro Social**?  Yes  No Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer:  Masculino  Femenino  
mes / día / año

**Identidad de género del paciente:**  Masculino  Femenino  Transgénero masculino / femenino a masculino  Transgénero femenino/ masculino a femenino  Otro  Prefiero no divulgar

**Orientación sexual del paciente:**  Heterosexual  Lesbiana, gay o homosexual  Bisexual  Otro  No sé  Prefiero no divulgar

Nombre de los padres/tutor legal: \_\_\_\_\_  
Madre/Tutor Legal Padre/Tutor Legal

Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle # de apartamento Ciudad Código Postal

Número de teléfono ( ) ( ) ( ) \_\_\_\_\_  
Hogar Trabajo Celular

**Situación de su vivienda:**  Propietario  Renta  Motel/Hotel  Carro/Vehículo  Casa Intermedia/ Refugio  Albergue  
 Vivienda de transición  Calle  Viviendo con amigos/familia – no pagando renta  Apoyo Permanente de Vivienda  Otro

¿Está el paciente deshabilitado?  Sí  No ¿Alguien en el hogar fuma?  Yes  No ¿Mujer cabeza de familia?  Sí  No

**Nivel de educación completado del paciente**  no es aplicable  escuela intermedia  escuela preescolar  está en la secundaria  escuela primaria  graduado de la secundaria

**Alguien en el hogar es:**  
 ¿Trabajador campesino migratorio?  Sí  No  
 ¿Trabajador campesino de temporada?  Sí  No

**Raza:**  Indio Americano /Nativo de Alaska  Blanco(esto incluye Latino O Hispano)  Negro/Africano Americano  Asiático  Nativo Hawaiano  Otro isleño del Pacífico  Más de una raza  Prefiero no divulgar

**Étnico del Paciente:**  
 No es latino o hispano  Es latino/hispano  Prefiero no divulgar

¿En qué idioma debemos darle información? (Si necesita intérprete para cualquier idioma que no sea inglés) \_\_\_\_\_

¿En caso de emergencia a quien contactamos? \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre Relación al paciente Número de teléfono

¿Cómo se enteró de la Clínica SOS? \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene seguro médico?  Sí  No ¿Si marco sí, que seguro tiene? \_\_\_\_\_  
 ¿El paciente tiene seguro dental?  Sí  No ¿Si marco sí, que seguro tiene? \_\_\_\_\_  
 ¿El paciente tiene Medi-cal?  Sí  No ¿Si marco no, ha solicitado?  Sí  No Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información médica / dental es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre SOS y cualquier otro proveedor u organizaciones sólo cuando sea necesario para tratamiento, pago u operaciones de servicios médicos/dentales. El aviso "Derechos De Los Pacientes y Las Políticas De Confidencialidad" está colocado en nuestra sala de espera, copias están disponibles al pedir las.

Autorizo que SOS proporcione tratamiento para (nombre del menor): \_\_\_\_\_  
 Sí  No Iniciales del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 No tengo u opto NO USAR el medio de comunicación electrónica con mi proveedor medico en este momento

Para tener un diagnóstico dental adecuado puede que necesite un número adecuado de rayos-X. Doy mi consentimiento para la realización de radiografías, según sea necesario para tratamiento dental:  Sí  No Iniciales del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

**Firma del padre o tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_