

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido		Nombre		MI	Fecha de Nacimiento
Domicilio		Ciudad		Estado	Zona Postal
¿Cuánto peso el niño al nacer? _____ lbs _____ oz	Número de seguro social		Correo Electrónico		
Indique su teléfono primario		Teléfono de celular <input type="checkbox"/> ()		Teléfono de casa <input type="checkbox"/> ()	
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		¿Tuvo algún problema con el niño inmediatamente después de nacer? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor explique: _____			
Idioma Principal: _____		Necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino					
Raza: <input type="checkbox"/> Indio American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Blanco (incluye Latino / Hispano) <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano					
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgenero masculino/femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgenero femenino/masculino a femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar					
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar					
Nombre del padre: _____			Nombre de la madre: _____		
Fecha de nacimiento del padre: _____			Fecha de nacimiento de la madre: _____		
Esta sin hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Se ha preocupado de quedarse sin comida: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Algún miembro de la familia trabaja en el campo/rancho: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tiene algún valor psicológico, espiritual o cultural que nos ayudara a proveerle mejor tratamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Quisiera obtener información sobre la preparación de directivas por anticipado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
PERSONA RESPONSABLE					
Apellido		Nombre		MI	Fecha de Nacimiento
Domicilio		Ciudad		Estado	Zona Postal
Indique su teléfono primario		Teléfono de celular <input type="checkbox"/> ()		Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> ()	
Teléfono de casa <input type="checkbox"/> ()		Relación al Paciente: _____			
Idioma Principal: _____		Firma del paciente o guardián legal: _____			
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Apellido		Nombre		MI	Número de teléfono: ()
Domicilio		Ciudad		Estado	Zona Postal
Relación al Paciente: _____					