

9. Hispano, Latina/Origen Español:

- Hispano/Latina/o, o Origen Español
 - Cubana/o No soy Hispano, Latino/a, o de Origen Español
 - Mexicano, Mexicanoamericano, Chicano/a Desconocido/Deseo no contestar
 - Puertorriqueño
 - De otro origen Hispano, Latino/a, o Origen Español, Combinado

10. Raza/ Etnicidad:

- Árabe/Medio Oriente Filipina Otro Isleños del Pacífico
- Nativo de Alaska Guameña o Chamorra Samoana
- Indio Americano Japonesa Vietnamita
- Indio Asiático Coreana Blanca
- Negra/Afroamericana Nativo de Hawái Desconocido/Deseo no contestar
- China Otro Asiático

11. CONTACTO DE EMERGENCIA:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
 Relación: _____ Número de teléfono: _____

12. a) Estado Estudiantil

- Tiempo Completo
- Medio Tiempo

b) Estudiante en:

- Colegio/Universidad _____
- Distrito Escolar _____
- Otro (por favor especifique) _____

13. ¿Tiene dificultades para recibir nuestros servicios en inglés? Sí No

Lenguaje Preferido: Inglés Español Punjabi Urdu Tagalo Lenguaje de señas Otro: _____

14. ¿Alguna vez ha servido en cualquier rama de las fuerzas armadas durante cualquier período de tiempo, incluyendo las reservas?

- Servicio Activo Servicio Inactivo No experiencia previa Reservista Veterano

II. PARA MENORES DE EDAD (17 AÑOS Y MENORES) O ADULTOS DEPENDIENTES SOLAMENTE

PERSONA RESPONSABLE (Garante) *Estados de cuenta/facturas se dirigirá a la persona responsable, si no están cubiertos por el seguro médico.*

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Seguro Social: _____ Sexo: Femenino Masculino No binario
 Marque si la dirección es la misma que la del paciente.

Dirección de Envió: _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Móvil: _____ Teléfono Alternativo: _____
 Móvil Casa Trabajo Otro

Nombre de otro padre/tutor legal: _____ Relación al Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Seguro Social: _____ Sexo: Femenino Masculino No binario
 Marque si la dirección es la misma que la del paciente.

Dirección de Envió: _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Móvil: _____ Teléfono Alternativo: _____
 Móvil Casa Trabajo Otro

III. INFORMACION FINANCIERA

¿Actualmente tiene usted seguro médico? Sí No

Si su respuesta es Sí, Nombre de Seguro Médico: _____ # de Seguro Médico: _____

Tamaño de Familia: _____ Ingreso Familiar: _____ Mensual Anual

FOR OFFICE USE ONLY

Telehealth Visit

Doubling Up/CareLink Eligibility: Yes No Data entered by: _____ Initials: _____ Date: _____