

## ARCHIVO PRINCIPAL DE INGRESO DEL PACIENTE

Favor de usar letra de molde:

---

(Paciente) Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Nombre de Soltera \_\_\_\_\_

---

Dirección: Calle y Número \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

---

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

---

Nombre de Padres o Guardián (debe ser llenado para los bajo la edad 18) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Pager o Celular \_\_\_\_\_

Medicaid # \_\_\_\_\_  
 Medicare # \_\_\_\_\_  
 Peachcare # \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

Raza: Indio Norteamericano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Etnia: Hispano/Latino \_\_\_\_\_  
 Asiático \_\_\_\_\_ No Hispano/Latino \_\_\_\_\_  
 Negra o Norteamericano Africano \_\_\_\_\_  
 Nativo Hawaiano/Otro Isleño Pacífico \_\_\_\_\_  
 Blanca \_\_\_\_\_

SEXO: MASCULINO o FEMENINO CASADO: SÍ o NO

¿Recibe estampillas de alimentos? SÍ o NO

Tiene alguna alergia? SÍ o NO - Explique \_\_\_\_\_

---

Información Familiar: Lista todas personas que viven en la casa incluyendo usted mismo. Lista todos ingresos, incluyendo manutención de hijos y pensión. También lista todos contribuciones financieras de amigos o familiares.

NOMBRE	RAZA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION A USTED	INGRESOS ANTES DE LOS IMPUESTOS
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

El número total de personas en la casa \_\_\_\_\_ Total los ingresos mensuales antes de impuestos \$ \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es correcta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_