

### Patient Demographic Information

<b>First Name</b>		<b>MI</b>	<b>Last Name</b>		<b>Previous Name(s)</b>	
<b>Mailing Address</b>			<b>Apt</b>	<b>City</b>	<b>State</b>	<b>Zip Code</b>
<b>Physical Address</b>			<b>Apt</b>	<b>City</b>	<b>State</b>	<b>Zip Code</b>
<b>Date of Birth</b>		<b>Sex</b>		<b>Social Security Number</b>		
<b>Home Phone</b>		<b>Cell Phone</b>		<b>Work Phone</b>		
<b>May we contact you by:</b> <i>(you may choose more than one)</i> <b>Note: Mail contact is mandatory for insurance billing</b> <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text Message <input type="checkbox"/> E-Mail: _____ <input type="checkbox"/> No Contact (only if you are un-insured or confidentiality is required)						
<b>Responsible Party</b>		<b>Other Responsible Parties Name</b>		<b>Relation</b>	<b>Address</b>	
<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Other						
<b>Emergency Contact Name</b>		<b>Relation</b>		<b>Phone Number</b>		
<b>Employment Status</b>			<b>Student Status</b>			
<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Non Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Active Duty			<input type="checkbox"/> Not a Student <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time Highest Grade Completed: _____			
<b>Employer Name</b>			<b>Employer Address</b>			
<b>Race</b>						
<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Native American Indian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Alaskan Native <input type="checkbox"/> Other: _____						
<b>Hispanic Origin</b>			<b>Language</b>			
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____			

### Información Demográfica del Paciente

<b>Nombre</b>	<b>2o</b>	<b>Apellido</b>	<b>Nombre Previo</b>		
<b>Dirección</b>		<b>Apt</b>	<b>Apartado Postal</b>	<b>Estrado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Dirección para correo</b>		<b>Apt</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>		<b>Número de Seguro Social</b>		
<b>Teléfono</b>	<b>Celular</b>		<b>Número de Teléfono de Trabajo</b>		
<p><b>Podemos comunicarnos con usted vía: <i>puede seleccionar más de uno</i> )</b>  <b>Nota: <i>Contacto por correo es obligatorio para aquellos con seguro</i></b>  <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____  <input type="checkbox"/> No Contacto (Solo si no tiene seguro o necesita mantener sus visitas confidenciales)</p>					
<b>Persona Responsable</b> <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Otro	<b>Nombre de Persona Responsable</b>	<b>Relación</b>	<b>Dirección</b>		
<b>Contacto de Emergencia</b>	<b>Relación</b>		<b>Número de Teléfono</b>		
<b>Situación de Empleo</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Servicio Activo			<b>Información del Estudiante</b> <input type="checkbox"/> No es estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Grado escolar más alto Obtenido: _____		
<b>Nombre de Patrón</b>			<b>Dirección del Patrón</b>		
<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____					
<b>Origen Hispano</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>Idioma</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		