

Información del Paciente			
Apellido/Nombre de Familia:		Nombre:	2º: Fecha de Hoya:
Fecha de Nacimiento:	Sexo de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Estado Civil:
Dirección de Envió/Correo (¿A dónde se le puede mandar correo?)			
Dirección:			Apt, Suite, Lot#:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Dirección de vivienda (¿A dónde vive? Anote si es diferente de donde se le pueden mandar cartas por correo.)			
Dirección:			Apt, Suite, Lot#:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de teléfono de casa:	Numero Celular:	Número de teléfono de trabajo:	
Correo Electrónico: _____			
Al proporcionar un correo electrónico será inscrito automáticamente al portal del paciente de Finger Lakes Community Health, y tendrá acceso a su expediente medico en la red. También podrá comunicarse a través de mensajes electrónicos con su proveedor.			
Método de Contacto: <input type="checkbox"/> No me contacte atreves de correo <input type="checkbox"/> Contacto por correo <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> correo electrónico			
Situación de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Retirado			
Nombre de Empleador, Ciudad, y Estado (si empleado):			
Estatus de Veterano: <input type="checkbox"/> Yo soy veterano <input type="checkbox"/> Yo no soy veterano			
Información Estudiantil: <input type="checkbox"/> No Soy Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Grado Escolar Mas Alto Obtenido:			
Farmacia Preferida (Nombre de farmacia y ciudad):			
Raza (seleccione todas cuales sean aplicables): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Indio American o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas pacificas <input type="checkbox"/> Asiático			
Origen Hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Idioma Primario: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	
Condición de Vivienda: <input type="checkbox"/> Con Vivienda <input type="checkbox"/> Sin Vivienda <input type="checkbox"/> Compartiendo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Vivienda Publica			
Persona Responsable (si no es el paciente)			
Nombre Completo:		Relación al paciente:	
Dirección			Apt, Suite, Lot#:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de teléfono de casa:	Numero Celular:	Número de teléfono de trabajo:	
Contacto de Emergencia			
Nombre		Relación al paciente:	
Número de teléfono de casa:	Numero Celular:	Número de teléfono de trabajo:	
Para Uso de Oficina Solamente			
Information Updated on system by:			Date: