



NORTHEAST HEALTH DISTRICT INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre:

Apellido: _____ Prefijo: _____ Segundo: _____

Primero: _____ Sufijo: _____ Soltera: _____

Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino
 HembraTransgénero: MF
 FMApellido de soltera de la madre: _____
(requerido para inmunizaciones)**Estado civil:** Soltero
 Casado
 Divorciado
 Apartado
 Viudo**Educación:** _____
Número de años**Orfanato:** Sí
 No
En caso afirmativo,
fecha colocada: _____**Raza:** Blanco
 Negro / Afroamericano
 Asiático
 Multirracial
 Nativo americano / nativo de Alaska
 Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
 Otro
 Desconocido / Declinado reportar**Etnicidad:** No hispano
 Hispano**Lenguaje primario:**
 Inglés Japonés
 Español Coreano
 Chino Vietnamita
 Francés Otros no ingleses
 Se necesita intérprete**Teléfono móvil:** _____ **Email personal:** _____**Teléfono de casa:** _____ **Email trabajo:** _____**Teléfono del trabajo:** _____**Dirección de envío:** __________
Ciudad Estado Código postal Condado**Dirección física:** __________
Ciudad Estado Código postal Condado**Contacto de emergencia:** _____
Nombre Número de teléfono Relación



NORTHEAST HEALTH DISTRICT INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Situación de vida (elijá una):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Propia casa | <input type="checkbox"/> Sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Casa de alquiler | <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza para Adultos |
| <input type="checkbox"/> Apartamento | <input type="checkbox"/> Centro de enfermería especializada |
| <input type="checkbox"/> HUD / Sección 8 | <input type="checkbox"/> Hogar de cuidado personal |
| <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria | <input type="checkbox"/> Hospicio |
| <input type="checkbox"/> Con la familia | <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Con amigos | <input type="checkbox"/> Otro |

Describe (estabilidad, seguridad, asequibilidad, etc.):

Proveedores de cuidado preferidos

Nombre	Número de teléfono
Atención primaria: _____	_____
Farmacia: _____	_____
Dental: _____	_____
Salud mental: _____	_____

¿Tiene algún problema legal que pueda afectar su atención médica, como una directiva avanzada de atención médica o un "testamento vital"? Sí No

Empleo

Nombre del empleador	Número de teléfono
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____