

# SOUTHWEST VIRGINIA COMMUNITY HEALTH SYSTEMS, INC.

## FORMULARIO DEMOGRAFICO DEL PACIENTE

### Información personal:

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

LA DIRECCION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

TELEFONO: De la casa \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: Varón \_\_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Otro(a) \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE: Tiempo Completo \_\_\_ Parte del Tiempo \_\_\_ No \_\_\_

RAZA: Indio Americano o Nativo de Alaska \_\_\_ Asiático \_\_\_ Moreno o Americano Africano \_\_\_

Nativo de Hawái u otro Isla Pacífica \_\_\_ Blanco \_\_\_ No quiere responder \_\_\_

IDENTIDAD ETNICA: Hispano \_\_\_ No-Hispano \_\_\_ No quiere responder \_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

LA DIRECCION: \_\_\_\_\_

RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL EMPLEO:

NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

LA DIRECCION DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

ESTADO DEL EMPLEO: Tiempo Completo \_\_\_\_\_ Parte del Tiempo \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_

**INFORMACION FINANCIAL – INGRESOS AL AÑO:** \_\_\_\_ # de Dependientes

\_\_\_\_ \$0 - \$5,000 \_\_\_\_ \$5,001 - \$10,000 \_\_\_\_ \$10,001 - \$15,000 \_\_\_\_ \$15,001 - \$20,000 \_\_\_\_  
\$20,001 - \$25,000 \_\_\_\_ \$25,001 - \$30,000 \_\_\_\_ \$30,001 - \$35,000 \_\_\_\_ \$35,001 - \$40,000 \_\_\_\_  
\$40,001 - \$45,000 \_\_\_\_ \$45,001 - \$50,000 \_\_\_\_ \$50,001 - \$55,000 \_\_\_\_ \$55,001 - \$60,000 \_\_\_\_  
\$65,001 - \$70,000 \_\_\_\_ \$70,001 - \$75,000 \_\_\_\_ \$75,001 o mas

**CONTACTO DE EMERGENCIAS:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
LA DIRECCION: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_  
RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO MEDICO:**

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ABONADO: \_\_\_\_\_  
ID# DEL ABONADO: \_\_\_\_\_  
# DEL GRUPO \_\_\_\_\_ FECHA DE EMPEZAR \_\_\_\_\_  
¿SEGURO PROVEEDO POR EMPLEO? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿PACIENTE ESTA CUBIERTO POR EL SEGURO? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
RELACION DEL PACIENTE AL ABONADO: \_\_\_\_\_  
SEGURO SECUNDARIO (Si lo tiene) \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ABONADO: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
# DEL GRUPO \_\_\_\_\_ FECHA DE EMPEZAR \_\_\_\_\_

**\*\*\*IMPORTANTE\*\*\***

FARMACIA PREFERIDA \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_  
LA DIRECCION \_\_\_\_\_

¿Interprete requerido?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o Tutor) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_