

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE:		NOMBRE LEGAL:	
		(para aseguranza/facturación)	
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CONDADO:
¿Podemos enviarle correo a esta dirección?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Le enviaremos estados de cuenta por correo a su dirección si hay algún saldo pendiente después de su visita, independiente de la preferencia indicada aquí.

TELÉFONO CELULAR:	Mensaje con detalles ok?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Texto ok?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
OTRO TELÉFONO:	Mensaje con detalles ok?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intentaremos llamarle con su celular a no ser que nos diga lo contrario.	
EMAIL:	Para nuestro Patient Portal			

SEXO ASIGNADO AL NACER	GÉNERO	PRONOMBRES
<input type="checkbox"/> Mujer/femenino <input type="checkbox"/> Hombre/masculino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Genderfluid <input type="checkbox"/> No género <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ella/la <input type="checkbox"/> El/lo <input type="checkbox"/> Ze/zir <input type="checkbox"/> Ele/le <input type="checkbox"/>

IDIOMA(S)	RAZA	ETNIA
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asiático@/ Asiático@ American@ <input type="checkbox"/> Nativ@ de Hawaii o de Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> African@ American@/Negr@ <input type="checkbox"/> Indian@ American@/Esquimal <input type="checkbox"/> Caucásic@/Blanc@	<input type="checkbox"/> Hispan@ o latin@ <input type="checkbox"/> No hispan@ o latin@

ESTADO DE RELACIÓN	ORIENTACIÓN SEXUAL	ESTUDIANTE ACTUALMENTE
<input type="checkbox"/> Solter@ <input type="checkbox"/> Casad@/unión civil <input type="checkbox"/> Pareja doméstica/pareja de vida <input type="checkbox"/> Divorciad@ <input type="checkbox"/> Anulad@ <input type="checkbox"/> Separad@ <input type="checkbox"/> Viud@ <input type="checkbox"/> Polígam@	<input type="checkbox"/> Heterosexual/straight <input type="checkbox"/> Lesbiana/gay <input type="checkbox"/> Bisexual/pansexual/omnisexual <input type="checkbox"/> Queer/jot@ <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No quiero contestar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estoy en escuela intermedia/secundaria ¿Dónde? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA Es necesario poner un padre/guardian si tiene menos de 18 años.

La ley en Colorado permite que menores de edad tengan acceso a anticonceptivos y tratamiento de infecciones de transmisión sexual sin notificar o obtener consentimiento de sus padres. Todavía tienen que dar el número de un padre/guardian para emergencias. **Si tienes menos de 18 años, ¿saben tus padres/guardianes que recibes servicios aquí?**

Sí No

NOMBRE: _____ **RELACIÓN:** _____

¿Sabe esta persona que usted recibe servicios aquí? Sí No

TELÉFONO: _____ ¿Podemos contactar a esta persona si usted no está disponible? Sí No

¿PRIMER VISITA? ¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE NUESTRA CLÍNICA?

<input type="checkbox"/> Otra clínica/otro médico – ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Feria de la comunidad / festival – ¿Cuál? _____
<input type="checkbox"/> Familia/amig@	<input type="checkbox"/> Medio de comunicación social – ¿Dónde? _____
<input type="checkbox"/> Mi seguro	<input type="checkbox"/> Periódico/autobús
<input type="checkbox"/> WIC/TANF/SNAP/GENESIS(TER)	<input type="checkbox"/> Presentación – ¿Dónde? _____
<input type="checkbox"/> Búsqueda en línea/internet/Google	<input type="checkbox"/> Otro lugar – ¿Dónde? _____