



Formulario de Evaluación de Nuevos Pacientes

Nombre **Inicial** **Apellido** **Fecha de Nacimiento**

Dirección **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

Teléfono (Principal #) **Otro número** **Correo Electrónico**

Idioma Principal English Español Otro _____

Raza (Seleccione todas las que correspondan) Nativo Americano/a Asiático Afroamericano/a Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Caucásico

Etnicidad Hispano/a Otro _____

Estado civil Soltero Casado y viviendo con su cónyuge Casado pero separado de su cónyuge No casado pero viviendo con otra persona Divorciado Viuda o viudo Otro _____

Sexo Masculino Femenino

Nivel educativo mas alto No se graduó de la escuela secundaria / la calificación más alta alcanzada _____ Título de escuela secundaria/GED 2 años de universidad/Algo de universidad Título universitario o de posgrado

Empleo (seleccione todas las opciones que aplican) Tiempo Completo (30 horas o mas por semana) Medio tiempo (menos de 30 horas por semana) Trabajando desde la casa Desempleado Estudiante de tiempo completo Estudiante de medio tiempo Deshabilitado Retirado

¿Tiene tarjeta de identificación? Sí No

Ingresos anuales, totales de todas las personas que viven en el hogar, con usted (combinado) \$

¿Tiene usted seguro de salud? Sí No

¿Alguna otra información que le guste compartir con nosotros?

¿Cómo se enteró de la Clínica Médica St. Paul? TV/Noticias Radio Iglesia Internet/ Sitio Web Amigo Feria de salud Periodico Letrero en la calle or paseo por la clinica Otro _____