
Formulario de Información Demográfica

Este formulario fue traducido con la ayuda de un servicio de traducción. Agradecemos su comprensión si encuentra algún error o diferencia en la traducción.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____

Dirección Domiciliaria: _____

Identidad de Género:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario ☐ Prefiero autodescribirme: _____

Sexo Asignado al Nacer:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Intersexual ☐ Prefiero no decirlo

Pronombres:

☐ Él ☐ Ella ☐ Elle/Elles ☐ Otro: _____

Raza/Etnicidad: _____

Estatura: _____ **Peso:** _____

Color de Cabello: _____ **Color de Ojos:** _____

Mano Dominante: _____

Escuela o Empleador Actual: _____

Nivel Escolar Actual o Más Alto Alcanzado: _____

Teléfono de Contacto Principal: _____

Correo Electrónico de Contacto: _____

Método de Contacto Preferido:

☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico ☐ Mensaje de Texto ☐

Otro: _____ **Nombre y Relación del Contacto de Emergencia:**

Teléfono del Contacto de Emergencia: _____

Información de Referencia

Referido por (Nombre): _____

Referido por (Organización): _____

Información del Padre/Madre/Tutor(a)

(Para pacientes menores de 18 años)

Nombre del Padre/Madre/Tutor(a) 1: _____

Número(s) de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor(a) 2: _____

Número(s) de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Estado Civil de los Padres: _____

Si están separados o divorciados, ¿ambos padres consienten el tratamiento?

☐ Sí ☐ No

Según el acuerdo de custodia, ¿uno de los padres tiene la autoridad exclusiva para tomar decisiones médicas?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿qué padre/madre/tutor(a)?:

Por favor, proporcione a MPG copias de los acuerdos de custodia u otros documentos legales relevantes relacionados con la autoridad para tomar decisiones médicas.