



# NORTH BUNCOMBE FAMILY MEDICINE, PA

## Información personal:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Numero Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Eres tu un menor de edad? Si/ No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia (Nombre): \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia (Numero de teléfono): \_\_\_\_\_  
Método de comunicación preferido: Correo Teléfono Correo electrónico

---

## Demografía:

Raza: 1. Blanco/Caucásico 2. Hispano 3. Indio Americano 4. Asiático 5. Afroamericano 6. Mas de una raza  
7. Nativo de Hawái 8. Otras islas Pacíficas 9. Otro: \_\_\_\_\_  
Lenguaje preferido: \_\_\_\_\_  
Etnicidad: No-hispano/No-Latino Hispano/Latino

---

## Empleador/Información de Aseguranza:

Nombre de empleador: \_\_\_\_\_  
Aseguranza primaria: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ \* Debe tener fecha de nacimiento

---

## Información del fiador:

Nombre de Fiador: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Numero seguro social del fiador: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del fiador: \_\_\_\_\_

---

## Consentimiento de tratamiento:

Yo doy consentimiento para tratamiento medico y laboratorios. Entiendo que tengo el derecho a hacer preguntas sobre mi tratamiento y procedimiento y estoy de acuerdo a dejarle saber a mi doctor de mis preocupaciones.

Firma de paciente o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_