

**INFORMACIÓN PACIENTES**

Apellido(s):  Nombre(s):  Segundo Nombre:

Número de Seguro Social:  Fecha de Nacimiento:  Sexo: Hombre  Mujer  Otro

Dirección Postal:  # de Apt:

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono Residencial:  Celular:  Correo Electrónico:

Método de Contacto Preferido: Voz  Texto  Correo Electrónico  Estado Marital:

Contacto De Emergencia:  Teléfono de Contacto de Emergencia:

Relación de Contacto de Emergencia con el Paciente:  ¿Cómo fue Referido?:

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Nivel Más Alto de Educación:  Ocupación:

Empleo: Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Dependiente  Jubilado/a  Estudiante  Desempleado/a  Temporal  Discapacitado/a

Raza: Blanco/a  Hispano/a  Nativo Americano o Nativo de Alaska  Asiático/a  Negro/a  Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico  Rechazar  Otro

Etnicidad: Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Religión:  Rechazar

País de Origen:  Años en los EE. UU.: Años/Meses

Idioma Preferido: Inglés  Español  Portugués  Francés  Árabe  Otro

**VIVIENDA Y SITUACIÓN DE VIDA**

*Indique los nombres y las relaciones de la unidad familiar viviendo en la casa del paciente.*

Alojamiento: Casa  Apartamento  Casa Mobil  Habitación Alquilada  Refugio  Sin Hogar

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Nombre de la Farmacia Preferida \_\_\_\_\_  
Ubicación de Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_  
¿Está asegurado/a bajo un plan que no es Medicaid? \_\_\_\_\_

Seguro Medico Primario	Seguro Medico Secundario
Nombre de Seguro Medico:	Nombre de Seguro Medico:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
Fecha de Nacimiento del titular de la póliza:	Fecha de Nacimiento del titular de la póliza:
Número de Identificación de Miembro:	Número de Identificación de Miembro:
Relación del paciente con el Titular de la Póliza:	Relación del paciente con el Titular de la Póliza:

FIRMA

Firma del Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para mas información:  
8600 Quiocasin Rd. Richmond, VA 23229  
804-655-2794/ info@crossoverministry.org  
www.crossoverministry.org

Para mas información:  
108 Cowardin Ave. Richmond, VA 23224  
804-655-2794/ info@crossoverministry.org  
www.crossoverministry.org