

Sírvase completar la forma

## Admisión de Adulto

Nombre Legal del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: M o F  
Apellido Nombre Inicial

Dirección Postal \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado ZIP

# Teléfono primario \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_ Empleador/patrón \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

# Teléfono secundario \_\_\_\_\_ Apodo/Nombre preferido \_\_\_\_\_

Nombre Legal de Cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: M o F  
Apellido Nombre Inicial

Dirección Postal \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado ZIP

# Teléfono primario \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_ Empleador/patrón \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto para Emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleador/patrón \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

Puede dejarse información sobre salud:

# Primario  # Secundario  # Otro \_\_\_\_\_  Email \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida:

City Market  Safeway  Walmart  Walgreens  Kmart  Otra \_\_\_\_\_

### Informe a UDS:

Lenguaje preferido:  Inglés  Español  Griego  Otra \_\_\_\_\_

Condición de vivienda:  No es deambulante  Comparte una vivienda  En transición  Deambulante

Estado agrícola:  Trabajador migratorio  Dependiente de trabajador migratorio  Trabajador de temporada  
 Dependiente de trabajador de temporada  Residente

Raza:  India Americana o Nativa de Alaska  Asiática  Negra o Africana Americana  Nativa de Hawaii  
 Otra Isla del Pacífico  Caucásica  Otra \_\_\_\_\_