



Total Health Care

FORMULARIO DE CONTACTO PARA SERVICIOS MÉDICOS

Nombre: _____	Raza (marcar todas las opciones que correspondan): Blanco Negro/afroamericano Hispánico/latino Asiático Isleño del Pacífico/Hawaiano nativo Estadounidense de origen indio/de Alaska Otro
Fecha de nacimiento: _____	
Domicilio: _____	
Teléfono: _____	
¿En qué horario prefiere que nos comuniquemos con usted? Mañana tarde 17 a 20 h en cualquier momento	
¿Tiene seguro médico? En caso afirmativo, ¿de qué compañía? _____	Etnia (marcar una opción): Hispano No hispano
Cantidad de integrantes de la familia: _____	
Sexo al nacer (marcar una opción): Masculino Femenino	
Identidad de género (marcar una opción): Masculino Femenino Transgénero Otro Prefiere no responder	

SERVICIOS

Indique los servicios médicos en los que está interesado o sobre los que tiene alguna consulta.

Atención médica (adultos, pediatría, obstetricia/ginecología)

Odontología

Farmacia

Salud mental y del comportamiento/psiquiatría

Salud sexual (diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual)

Nutrición



Total Health Care

HEALTH SERVICES CONTACT FORM

Name: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

Phone Number: _____

What is the best time to contact you?

Morning | Afternoon | 5pm – 8pm | Anytime

Do you have health insurance coverage? If yes, what company?

Family Size: _____

Race (circle all that apply):

White

Black/African American

Latino

Asian

Pacific Islander/ Hawaiian Native

American Indian/Alaskan Native

Other _____

Ethnicity (circle one):

Hispanic

Non-Hispanic

Sex at Birth (circle one): Male Female

Gender Identity (circle one):

Male Female Transgender Other Prefer not to answer

SERVICES

Please any health services you are interested in scheduling or have questions.

Medical Care (Adult Primary Care, Pediatrics, OB/GYN Care)

Dental Care

Pharmacy Services

Mental & Behavioral Health/Psychiatry

Sexual Health (STI/STD test and treatment)

Nutrition