



# Total Health Care

## FORMULARIO DE CONTACTO PARA SERVICIOS MÉDICOS

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