



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