



**Información de la Familia Apoyo**

Del Consumidor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Código de cliente: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 (para uso de oficina)  
 Raza (opcional): \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, ZIP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Podemos enviar información (boletines de noticias, agenda, etc), por vía electrónica? Si  No   
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Médico de Atención  
 Primaria: \_\_\_\_\_  
 El diagnóstico primario: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 (Healthy Kids Gold)  
 NH Medicaid #: \_\_\_\_\_

**Inicio ocupantes:**

Nombre	Relación	Género	Raza*	Idioma principal	Fecha de nacimiento
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* La raza es opcional

**Información de contacto de emergencia:**

Contacto	Trabajo #	Teléfono móvil #	E-mail
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**Por favor, lista que podemos contactar si no podemos llegar a las personas mencionadas:**

Nombre:			
Dirección:			
Ciudad, Estado, ZIP:			
Teléfono de la casa:		Teléfono del trabajo:	