

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Ron DeSantis
Governor

Joseph A. Ladapo, MD, PhD
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

**VOLUSIA COUNTY HEALTH DEPARTMENT DENTAL
OFFICE NEW PATIENT QUESTIONNAIRE - ADULT**

Patient Information - Información paciente

Name/Nombre: _____

Birth Date/Fecha de nacimiento: _____

Social Security Number/Numero de Seguro Social: _____

Gender/Género: _____

Primary Language/Lengua primaria: _____

Marital Status/Estado Civil: Single/Soltero Married/Casado Divorced/Divorciado
 Separated/Seperado Widowed/Viuda

Race/ Raza: *If Multi-Racial, select all that apply/ Si es Multi-Racial, seleccione todos/os que se apliquen*

- American Indian/Alaskan Native
Indio Nativo/de Alaska Americano
- Japanese/Japones
- Korean/Coreario
- Asian Indian/Indio asiatico
- Pacific Islander (other)/Isleno pacffico (otro)
- Asian Other/Asiatico otro
- Black/African-American/ Negro /Africano-Ameri cano
- Samoan
- Chinese/Chino
- Vietnamese/Nietnamita
- Filipino/Filipino
- White/Blanca
- Guamanian
- Other/Otro
- Hawaiian Native/Hawaiano

Ethnicity/Pertenencia etnica: .

- Hispanic/Latino- Hispano/Latino
- Non-Hispanic/Latino - Non-Hispano/Latino
- Unknown/Unreported - Desconocido/no denunciado

Country of Birth/Pais de nacimiento:

If born outside the U.S., date arrived/Si nacido fuera de los Estados Unidos, la fecha llego _____

Page 2 - Patient Information - Información paciente

Street Address/Dirección: _____

Mailing Address/Dirección de envíos: _____

Home Telephone Number/Numero de telefono casero: _____

Cell Phone Number/Numero de telefono celular: _____

Employer/Lugar de empleo: _____

Employer Address/Dirección de empleo: _____

Occupation/Ocupación: _____

Start Date/Fecha del comienzo: _____ Telephone{ Numero de telefono: _____

Estimated Earned Monthly Income/Sueldo mensual: \$ _____

Unearned Monthly Income/ Otros ganancias mensuales: \$ _____

(Unearned income includes Social Security, Public Assistance, Unemployment, Alimony, Worker's Comp, Child Support, etc. – Otros ganancias incluye Seguro Social, la asistencia pública, el desempleo, los alimentos, comp def trabajador, ayuda de niños, otra)

Monthly Expenses/Gastos mensuales

Mortgage/Rent - Hipoteca/alquiler: \$ _____

Food/Alimento \$ _____

Utilities/Utilidades \$ _____

Phone/Telefono \$ _____

Auto Loan/Prestamo auto \$ _____

Credit Cards/Tarjetas de credito \$ _____

Other Loans/Otros prestamos \$ _____

Insurance/Seguro \$ _____

Alimony/Pension \$ _____

Medical/Medico \$ _____

Other/Otro \$ _____

Page 3 - Household Information – Informacion sobre familia

Total Number of Persons in the Household/Numero total de personas en la casa: _____

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------

Name/Nombre	DOB/Fecha de nacimiento	SS#/Número de Seguro Social
-------------	-------------------------	-----------------------------