

Nombre del Paciente:

ID:

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | | | | | |
|---|--|--|--------|---|---|------|
| Apellido: | | Nombre: | | Inicial: | Nro. Seguro Social ____-____-____ | |
| Fecha de Nac. ___/___/___ | | Genero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Transgender? <input type="checkbox"/> Yes | Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a | |
| Domicilio postal | | | Ciudad | | Estado | C.P. |
| Domicilio Físico (si es diferente del postal) | | | Ciudad | | Estado | C.P. |
| Telefono | | Telefono Celular | | Telefono Trabajo | | |
| Lugar de Trabajo | | Domicilio Trabajo | | | | |
| | | Ciudad | | Estado | C.P. | |
| Estado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado | | | | Estudiante Universitario Grado: _____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo | | |

PERSONA RESPONSABLE (PARA COBROS DE SEGURO)

| | | | | | |
|--|--|--------------------------|--------|------------------------------|-------------|
| Apellido | | Nombre | | Fecha de Nac. ___/___/___ | |
| Domicilio Postal (si es diferente del paciente) | | | Ciudad | | Estado C.P. |
| Telefono | | Relacion con el paciente | | | |
| Tiene seguro Medico el paciente? Insurance Company: | | Nro. De Seguro medico: | | Grupo: | |

La siguiente informacion nos ayuda a conseguir donaciones. GRACIAS por completarla.

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| Raza <input type="checkbox"/> Blanca (incluyendo Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Hawaiano | | | | | |
| Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino | | Idioma Preferido: | | Necesita Interprete? | |
| Vivienda <input type="checkbox"/> Propia/alquila <input type="checkbox"/> Vive con amigos/familiares <input type="checkbox"/> Casa publica <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Vive en la calle | | | | | |
| Cuantos dependientes viven en su casa que declara en los impuestos? ___ # adultos (incluyendose usted) ___ #ninos | | Ingresos de la casa (todo tipo de ingresos) Mensual _____ | | Veterano de las fuerzas armadas de EEUU? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |

FOR OFFICE USE ONLY

| | | | | | |
|--|--|-------|------------------|--|-------|
| Qualify For Sliding Fee Discount Program? <input type="checkbox"/> 138% & below <input type="checkbox"/> 139-200% <input type="checkbox"/> 201-250% <input type="checkbox"/> 251-300% <input type="checkbox"/> 301%+ <input type="checkbox"/> Unknown/ Hasn't reported income | | | | | |
| Intake completed by: | | Date: | Data entered by: | | Date: |