



## Formulario de inscripción del paciente

Por favor complete el formulario en la mayor medida de sus posibilidades. En las partes que no correspondan al paciente escriba "N/C".

<b>Nombre del paciente</b> <i>Nombre</i> <i>Inicial 2º nombre</i> <i>Apellido</i>			<b>Fecha de nacimiento</b> <i>MM/DD/AA</i> <input type="checkbox"/> ¿Menor de 18 años?	
			<b>Número de Seguro Social</b> /   /	
<b>Dirección postal</b> <i>Calle y número de departamento</i>		<i>Ciudad</i>	<i>Código postal</i>	<i>Condado</i>
<b>Dirección física</b> <i>Calle y número de departamento</i> <input type="checkbox"/> Igual que la dirección postal		<i>Ciudad</i>	<i>Código postal</i>	<i>Condado</i>
<b>Teléfono principal</b>  <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral  ¿Se pueden dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Teléfono secundario</b>  <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral  ¿Se pueden dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Dirección de correo electrónico</b>  ¿Se pueden enviar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Mensaje de texto (ingrese su número de teléfono)</b>  ¿Se pueden enviar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)				
<b>Contacto de emergencia</b> <i>Nombre</i>		<i>Relación</i>	<i>Teléfono</i>	
<b>¿Tiene seguro médico o dental?</b> <b>Por favor presente su tarjeta de seguro al recepcionista médico.</b> <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Advantage <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro  <input type="checkbox"/> No tiene seguro				
<b>Plan de seguro médico principal</b>		Nombre del asegurado/Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente
Número de póliza				
<b>Plan de seguro médico secundario</b>		Nombre del asegurado/Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente
Número de póliza				
<b>Plan de seguro dental</b>		Nombre del asegurado/Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del asegurado	Relación con el paciente

Número de póliza			
Nombre del padre, madre o tutor	Nombre	Inicial del 2º nombre	Apellido
Igual que el paciente <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento / /		
Dirección del padre, madre o tutor	Calle	Ciudad	Estado Código postal
Nombre del empleador del padre, madre o tutor		Teléfono laboral del padre, madre o tutor	

¿Cómo supo sobre nosotros?  Familia/amigos  Refugio  Departamento de Salud  Hospital  Servicios sociales  
 Medios de comunicación  Otro \_\_\_\_\_

<b>Raza (marque todas las opciones que correspondan)</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No desea responder	<b>Origen étnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> No hispano/ Latino <input type="checkbox"/> No desea responder <b>Idioma preferido</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____ <b>¿Necesita servicios de interpretación?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Orientación sexual</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual/No homosexual <input type="checkbox"/> Homosexual (lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No desea responder  <b>¿Qué sexo le fue asignado al nacer?</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No desea responder	<b>Identidad de género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No desea responder
---	--	--	---

¿Vive en una vivienda pública?  Sí  No      ¿Es veterano?  Sí  No

**Condición de persona sin hogar**  No es una persona sin hogar

Calle (vive al aire libre, campamento, vehículo, vivienda improvisada)       Vivienda compartida (persona que vive con otras; el arreglo se suele considerar temporal e inestable)

Refugio (refugio organizado)       Alojamiento transitorio (transición de un entorno de persona sin hogar, no incluye prisión, programas de tratamiento institucionales, milicia, escuelas u otras instituciones)

Sí  No **Trabajador agrícola migrante** – Persona que se requiere que esté ausente de un lugar de residencia permanente para conseguir un empleo remunerado realizando trabajo agrícola.

Sí  No **Trabajador agrícola temporal** – Persona que está empleada en trabajo agrícola temporal pero NO se mueve de su residencia permanente para conseguir trabajo; también puede tener otras fuentes de empleo.

Por favor **marque con un círculo el rango a continuación** que indica los ingresos anuales estimados de su hogar según la cantidad de personas que viven en su hogar. Advance Community Health debe presentar esta información al gobierno federal, y esto además nos ayuda a entender mejor las necesidades de las comunidades a las que prestamos servicios. **No se proporcionará información que lo/la identifique al gobierno federal. Protegemos su anonimato.**

Cantidad de personas en el hogar				
1	\$0 – \$12,140	\$12,141 - \$18,210	\$18,211 - \$24,280	Más de \$24,280
2	\$0 – \$16,460	\$16,461 - \$24,690	\$24,691 - \$32,920	Más de \$32,920
3	\$0 – \$20,780	\$20,781 - \$31,170	\$31,171 - \$41,560	Más de \$41,560

<b>4</b>	\$0 – \$25,100	\$25,101 - \$37,650	\$37,651 - \$50,200	Más de \$50,200
<b>5</b>	\$0 – \$29,420	\$29,421 - \$44,130	\$44,131 - \$58,840	Más de \$58,840
<b>6</b>	\$0 – \$33,740	\$33,741 - \$50,610	\$50,611 - \$67,480	Más de \$67,480

**Por favor indique su información sobre farmacia:**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**¿Le gustaría obtener información sobre nuestro Programa de descuento con tarifa variable (Sliding Fee)?**     Sí     No