



Informacion del Paciente



**Si el Paciente es menor de 18** Tiene que ser acompañado por uno de sus padres o tutor legal  
**El Paciente está en cuidado o custodia del estado temporal, DCF o SRS? SI o NO**

**Nombre Legal Completo del Paciente:** \_\_\_\_\_

Nombre Preferido (solo si es diferente) \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Seguro Social #:** \_\_\_\_\_ **Sexo al Nacer:** M F

**Marque TODO lo que Aplica al Paciente de cada categoria**  
**Estas preguntas y respuestas nos ayuda con nuestro reporte de fondos de la clinica.**

Orientacion Sexual	
<input type="checkbox"/>	Gay o Lesbiana
<input type="checkbox"/>	Heterosexual
<input type="checkbox"/>	Bi-sexual
<input type="checkbox"/>	Algo Mas
<input type="checkbox"/>	No Se
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder

Identidad de genero	
<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenina
<input type="checkbox"/>	Transgero Masculino/ de mujer a un hombre
<input type="checkbox"/>	Transgero Femenino/ de hombre a mujer
<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder

**Dirección física:** \_\_\_\_\_ **P.O. Box:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** (H) \_\_\_\_\_ (Cell) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **(Para Acceso al Portal del Paciente)**

**Recordatorios por correo electrónico:** SI NO **Recordatorios de citas por texto:** SI NO

**Detalles Pediatricos Si el paciente es menor de 18:**

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_

**Persona financieramente responsable por el Bill (Si es diferente a la persona responsable por el paciente):**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **SS#:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M F

**Dirección física:** \_\_\_\_\_ **P.O. Box:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Tel. de Casa:** \_\_\_\_\_ **Tel. Celular:** \_\_\_\_\_

**Nombre de su empleador:** \_\_\_\_\_ **Tel. de su trabajo:** \_\_\_\_\_

**Porque es esta persona Responsable?** \_\_\_\_\_

**Nombre de su Aseguranza:** \_\_\_\_\_

**Nombre Titular en la Aseguranza:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Dueno de la poliza:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Numero de Póliza:** \_\_\_\_\_ **Numero de Grupo:** \_\_\_\_\_

**Por favor tenga su aseguranza con usted para tomarle una copia**

**Por Favor Marque todo lo que aplique al paciente**  
**Estas Preguntas y Respuestas Nos Ayudan a Nosotros con Nuestro Reporte de Fondos y Financiamiento**

**Estado Civil**

	Soltero
	Casado
	Divorciado/Separado
	Vuelto a Casar
	Viviendo Juntos
	Viudo

**Estudiante**

	Tiempo Completo
	Medio Tiempo
	No estoy en la escuela

**Empleo**

	Descapacitado
	Tiempo Completo
	Medio Tiempo
	Sin Empleo
	Jubilado
	Trabajo por mi propia

**Raza**

	Africano Americano
	Indio Americano/Nativos de Alaska
	Asiatico
	Blanco
	Nativa Hawaiano
	Otro Islas del Pacifico
	Prefiero no responder

**Etnicidad**

	Hispanic/Latino
	Non-Hispanic/Latino

**Idioma**

	Ingles
	Espanol
	Otro:
	Necesito Interprete

**Vivienda**

	Tengo hogar
	Viviendo juntos/con otra familia o amistades
	Hogar publico de Vivienda
	Calle
	Refugio
	Transicional

**Servicio Militar**

	He hecho servicio military
	No hecho servicio military

**Estado Agricola**

	Trabajador de agricola
	Trabajador de agrícola temporal
	Depende de un trabajador agricola
	Depende de un trabajador de agrícola temporal
	No trabajo en la agricola

**Farmacia Local que Prefiere:** \_\_\_\_\_

**Farmacia por Correo que Prefiere:** \_\_\_\_\_

**Haga un círculo de sus ingresos anuales, antes de impuestos, por debajo del número de personas en el hogar.**

	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
<b>Menos De:</b>	\$12,060	\$16,240	\$20,420	\$24,600	\$28,780	\$32,960	\$37,140	\$41,320
<b>Entre:</b>	\$12,061- \$21,104	\$16,240 to \$24,360	\$20,421 to \$30,630	\$24,601 to \$36,900	\$28,781 to, \$43,170	\$32,961 to \$49,440	\$37,140 to \$55,710	\$41,321 to \$61,980
<b>Entre:</b>	\$21,105 to \$24,119	\$24,361 to \$32,480	\$30,631 to \$40,840	\$36,901 to \$49,200	\$43,171 to \$57,560	\$49,441 to \$65,920	\$55,711 to \$74,280	\$61,981 to \$82,640
<b>Mas De:</b>	\$24,120	\$32,480	\$40,840	\$49,200	\$57,560	\$65,920	\$74,280	\$82,640

\*SI USTED DESEA APPLICAR PARA Tarifas Reducidas, se le requiere presentar todas las fuentes de sus ingresos. Incluyendo ingresos de trabajo, de desempleo, ingresos de Seguro Social, Retiro, Worker's comp, Ingreso de discapacidad, ayuda del estado SRS, Manutención al menor, beneficios/Ingreso de Veteranos, Pensión Alimenticia para adulto, estampillas para comida, Ahorros, Y cualquier otro recurso disponible para el paciente y su familia.

**Certificación: Yo certifico que la información que estoy proporcionando es verdadera y precisa. Esto puede ser verificado.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha