

Solicitud Para El Cuidado de Salud

Se requiere toda la información y sera confidencial

INFORMACION DE EL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Dirección : _____ Apt# _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____
 Sexo: Masculino Femenino Transgenero Sin saber

Estado Civil: Soltero/a Casado/a divorciado/a Viudo
 Numero de la Seguro Social: ____/____/____ **Raza :** (Por favor seleccione uno): Blanco Negro/Afro Americano
Indigena Americano/Nativo de Alaska Asiático Hawaiiano/Isleño del Pacifico
Numero de Teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Podemos dejar mensajes de voz en su hogar/celular? Si No Solo Hogar Solo Celular

***** ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADO POR LA PARTE RESPONSIBLE O SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD *****

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 SS#: _____ Dirección: _____ Apt#: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Numero de Teléfono: Hogar:: _____ Trabajo: _____
 Celular: _____ Relación a el Menor de Edad: _____

Contacto en Caso de Emergencia: _____ Numero de Teléfono: _____
 Relación: _____

Dirección de Correo Electronico: _____ **Etnicidad:** Hispano/Latino No-Hispanic/No-Latino
 Farmacia Preferida: _____ Idioma Principal: _____
 Empleado: Si No

Método de Comunicación Preferido: Teléfono – de casa Teléfono -Celular Teléfono –de trbajo el correo electronico
portal de paciente Correo

Vivienda: Vive en casa propia casa de su significativo otro (novio o novia) En casa de un familiar Casa de acogida
 Institucion Sin Hogar (el día que se quedo si hogar _____)

EstadoVeterano: Veterano No Veterano **Estado de Agricultura:** Agricultor No Agricultor Empleador el año
 completo Empleador temporal Trabajador migrante Agricultor retirado

SEGURO: INCLUIDO MEDICAID, MEDICARE Y TODOS SEGUROS COMERCIALES

Sin Seguro: Si No Quisiera aplicar por descuento? Si No (debe llenar la aplicación de tarifa movil)

Nombre del Seguro Primario: _____

Poseedor de Poliza: _____

Numero de Poliza: _____

_____ **Fecha:** _____

Firma de el Paciente o Representante de el Paciente Relacion de el Representante

** Si el paciente es menor de edad, el Representante de el Paciente debe ser el padre o guardián. Si el representante no es el padre, debe proporcionar documentación legal como prueba de autorización para que el menor sea tratado. **

CA Initials: _____ New: _____ Updated: _____ Date: _____

APLICACION PARA DESCUENTO DEL HFHC

Informacion sobre el titular del seguro. Por favor, registre sus datos personales primero, luego los de su conyuge, los menores de edad (menores de 18 años, si usted tiene la custodia legal)

Nombre	Relacion con el paciente	Numero Seguro social	Fecha de nacimiento

Empleo e ingresos (Si no tiene, no escribe nada/Si es empleado independiente, encierre en un circulo Independiente y declare el nombre del negocio)

Nombre del empleador /Independiente: _____ Telefono: _____
 Salario/sueldo/propinas: _____ por (encierre en un circulo) Mes Quincena Semana hora (si es por horas, cuantas horas/semana ___)

Nombre del empleador /Independiente: _____ Telefono: _____
 Salario/sueldo/propinas: _____ por (encierre en un circulo) Mes Quincena Semana hora (si es por horas, cuantas horas/semana ___)

Nombre del empleador del conyuge/Independiente: _____ Telefono: _____
 Salario/sueldo/propinas: _____ por (encierre en un circulo) Mes Quincena Semana hora (si es por horas, cuantas horas/semana ___)

Nombre del empleador del conyuge/Independiente: _____ Telefono: _____
 Salario/sueldo/propinas: _____ por (encierre en un circulo) Mes Quincena Semana hora (si es por horas, cuantas horas/semana ___)

DEBE PRESENTAR PRUEBA DE SU SITUACION FINANCIERA PARA MANTENER SU ELEGIBILIDAD

Otros ingresos: Si usted, su conyuge o los hijos menores de edad reciben alguno de los ingresos que se registran abajo, ingrese la cantidad en dolares.

Cupones de alimentos	Compensacion a trabajadores	Pagos de seguro
Incapacidad	Desempleo	Ingresos por arriendo/renta
Seguridad social (SSI/SSA)	Compensacion de veterano	Pension/Jubilacion
Pension alimentaria/Manutencion de menores	Jubilacion	Contribuciones
Otro (explique)		

Alguien mas en su hogar trabaja o recibe ingresos? (Si es asi, registre y explique)

Declaraciones para la admision

He contestado todas las preguntas con la verdad, de manera complete y de la major manera que me es possible, incluyendo las cantidades en dolares. Entiendo que no hacerlo puede dar como resultado la negacion de elegibilidad para recibir los servicios. Estoy de acuerdo en que HFHC puede verificar esta informacion mediante el uso de un proveedor tercero. Las instalaciones, sus empleados, funcionarios y profesionales quedaran exentos de toda responsabilidad legal o carga por las divulgaciones tal como se indica y autoriza aqui.

Firma: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

CA Initials: _____ New: _____ Updated: _____ Date: _____

Approved: _____ Previous Application Date: _____ Annual household income \$ _____