|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 Paciente Nuevo 🞏 Paciente Existente |  Fecha de Visita\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ No. De Registro Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Información del Paciente** |
| **Nombre Completo (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)** | **Dirección/ Apartado de Correos Apto/Unidad #** |
| **Seguro Social #** | **Fecha de Nacimiento**  | **Ciudad Estado Código Postal Condado** |
| **Teléfono de la casa**🞏Enviar llamadas o textos recordatorios | **Teléfono Celular** 🞏 Enviar llamadas o textos recordatorios | **Correo Electrónico:** |
| **Otro Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**🞏 Enviar llamadas o textos recordatorios | **Teléfono Del Trabajo**🞏 Enviar llamadas o textos recordatorios | **Etnicidad**🞏 Hispano/ Latino🞏 No Hispano/ No Latino |
| **Raza *(Marque todas las que correspondan)***🞏 Nativo de Alaska 🞏 Negro/Descendencia Africana 🞏 Blanco/🞏 Indio Americano 🞏 Nativo Hawaiano Caucásico 🞏 Asiático 🞏 De Islas del Pacífico  | **Idioma Principal**🞏 Inglés 🞏 Español ­­­ 🞏 Lenguaje de Señas 🞏 Otro:­­­­­­­­**Necesita Intérprete**🞏 No 🞏Si |
| **Estado Civil** 🞏 Soltero/a 🞏 Unión Libre 🞏 Casado/a 🞏 Divorciado/a 🞏 Separado/a Legalmente 🞏 Viudo/a | **Género** **🞏** Femenino **🞏** Transgénero: Femenino a Masculino**🞏** Masculino **🞏** Transgénero: Masculino a Femenino |
| **Orientación Sexual** 🞏 Heterosexual 🞏 Bisexual🞏 Lesbiana, gay, u homosexual 🞏 No Sé 🞏 Otro 🞏 Prefiero no decir  | **¿Está el paciente estudiando actualmente?**🞏 Estudiante de Tiempo Completo 🞏Estudiante de Tiempo Parcial**¿Es el paciente veterano de guerra?**🞏 Si🞏 No |
| **¿Está el paciente empleado? (Marque las que correspondan)**🞏Tiempo Completo 🞏Tiempo Parcial 🞏Permanente 🞏 Temporal **Trabajo de Agricultura (de granja, sembrando, cosechando, criando ganado)**🞏 No, Yo no trabajo principalmente en agricultura🞏 Sí, Mi empleo principal es en agricultura | **Condición de Empleo** 🞏 Empleado/a 🞏 Desempleado/a 🞏 Desempleado/a🞏 Trabaja por su cuenta 🞏 Jubilado/a por discapacidad**Información del Empleador**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Situación de Vivienda Actual**🞏 Casa Propia/Alquiler🞏 Vive con otros (no en alquiler)🞏Vivienda Transitoria 🞏 Vivienda de apoyo permanente🞏 Hotel/Motel 🞏 Aeropuerto, estación de autobús o tren🞏 Refugio 🞏 Carro🞏 Afuera: Calle, puente, carpa, parque, edificio abandonado, etc. 🞏 Actualmente con vivienda, pero estuvo sin vivienda en los últimos 12 meses🞏 Prefiero no decir | **Contacto de Emergencia**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Idioma de Preferencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Persona Responsable/ Garante(aval)**  |
| 🞏 Usted mismo **(Omita lo siguiente)** 🞏 Cónyuge/Pareja 🞏 Otro: Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Complete abajo si el garante es otro diferente a **Usted mismo** |
| Apellido Primer nombre Inicial del Segundo Nombre | Dirección Ciudad Estado Código Postal  |
| Seguro Social # | Fecha de Nacimiento | Teléfono Casa/Celular | Teléfono del Trabajo | Dirección de Correo Electrónico |

|  |
| --- |
| **Historial De Solicitud de Medicaid**  |
| Tiene usted Medicaid 🞏 Si 🞏 No Si usted NO tiene Medicaid, ¿lo ha solicitado alguna vez? 🞏 Si 🞏 No 🞏 N/A  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Información de Seguro Médico** | **Información de Seguro Dental**  |
| ¿Tiene algún seguro médico actualmente? 🞏 Si 🞏 NoNombre del Seguro médico **Si presentó la tarjeta en la recepción, omita esta parte de abajo**Póliza #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grupo # Dirección Teléfono No.  | ¿Tiene seguro dental actualmente? 🞏 Si 🞏 NoNombre del Seguro dental **Si presentó la tarjeta en la recepción, omita esta parte de abajo**Póliza #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grupo # Dirección Teléfono No.  |
| **Información de Seguro de Visión** |
| ¿Tiene algún seguro de visión actualmente? 🞏 Si 🞏 NoNombre del Seguro de visión  | **Si presentó la tarjeta en la recepción, omita esta parte de abajo**Póliza #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grupo # Dirección Teléfono No.  |

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE FECHA

🞏 **Rehuso aplicar por las tarifas descontadas (aplicación de tarifa en escala)**

**Complete esta página solamente si está solicitando las tarifas de descuento**

|  |
| --- |
| **Solicitud de Descuento basado en Ingresos** **Mercy Care es un Centro de Salud Calificado Federalmente, y como tal se nos requiere que obtengamos cierta información de nuestros pacientes para determinar los costos de los servicios provistos. Complete la solicitud de abajo solo si quiere ser considerado para las tarifas de descuento.****\*Debe poder proporcionar documentación de su ingreso actual y de sus condiciones de vivienda\***  |
| 🞏 Paciente Nuevo 🞏 Paciente Existente |
| **Miembros del Hogar**(Incluye solo a las personas con las cuales el paciente está relacionado por nacimiento, matrimonio, adopción o una relación de dependiente legalmente definida) | **Ingreso del Hogar**Tipo de Ingreso | **Cantidad** (Mensual) |
| **Nombre Edad Relación****1.** **2.** **3.** **4.** **5.** **6.**  | Ingreso Bruto Mensual que recibe de su empleo o de Desempleo |  |
| Ingreso Bruto Mensual de su Cónyuge (u otro Miembro Adulto de la Familia) |  |
| Otro Ingreso por Empleo (Intereses & Dividendos y todo ingreso de empleo generado por todos los dependientes) |  |
| Ingreso por Seguro Social No. 1 ( Incluyendo ingreso por Discapacidad) |  |
| Ingreso por Seguro Social No. 2 ( Incluye Ingreso Suplementario SSI) |  |
| Manutención Alimenticia para Cónyuges/Hijos |  |
| Pensión (Beneficios de Veterano & Jubilación) |  |
| **Número Total de Miembros en el Hogar:** |  | **Total Mensual:****Total Anual:** |  |
| **Para el personal de Mercy Care *(For Mercy Care Staff)*****Tamaño Total del Hogar Revisado*(Reviewed Total Household Size):*** |  | **Para el personal de Mercy Care *(For Mercy Care Staff)*****Ingreso Total del Hogar Revisado *(Reviewed Total Household Income)*:** |   |

**Nota:**