|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 Paciente Nuevo 🞏 Paciente Existente | Fecha de Vista\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ No de Registro Médico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Información del Paciente (Niño/a)**  |
| **Apellido Primer Nombre Segundo Nombre**  | **Dirección/Apartado de Correo 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 | **Otro teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Enviar llamadas o textos recordatorios | **Sexo al Nacer**🞏Femenino🞏Masculino |
| **Correo Electrónico** | **Idioma Principal**🞏 Inglés 🞏 Español ­­­ 🞏 Lenguaje de Señas🞏 Otro:­­­­­­­­ |
| **Raza *(Marque todas las que correspondan)***🞏 Nativo de Alaska 🞏 Negro/Descendencia Africana 🞏 Blanco/🞏 Indio Americano 🞏 Nativo Hawaiano Caucásico 🞏 Asiático 🞏 De Islas del Pacifico  | **Etnicidad**🞏 Hispano/ Latino🞏 No Hispano/ No Latino | **Necesita Intérprete**🞏 No 🞏Si |
| **¿El paciente esta empleado? (Marque las que correspondan)**🞏Tiempo completo 🞏Tiempo Parcial 🞏Permanente 🞏 Temporal | **¿El paciente está estudiando actualmente?**🞏Estudiante de tiempo completo 🞏Estudiante de tiempo parcial |
| **Información del Padre/Tutor legal** |
| **Estado Civil del Padre Principal**🞏 Soltero/a 🞏 Pareja Domestica 🞏 Casado/a 🞏 Divorciado/a 🞏 Separado/a Legalmente 🞏 Viudo/a | **Situación de Vivienda del Padre Principal/Tutor legal**🞏 Casa Propia/Alquiler🞏 Convive 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 |
| **Padre/Tutor Legal/Responsable del Pago(Garante/aval)** Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Seguro Social#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Idioma de Preferencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Segundo Padre/Tutor Legal/Contacto de Emergencia (Opcional)**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Idioma de Preferencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Condición de Empleo del Padre/Tutor Legal**🞏 Empleado/a 🞏 Desempleado/a 🞏 Desempleado/a🞏 Trabaja por su cuenta 🞏 Jubilado/a por discapacidad**Información del Empleador**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Condición de Empleo del Segundo Padre/Tutor legal (Opcional)**🞏 Empleado/a 🞏 Desempleado/a 🞏 Desempleado/a🞏 Trabaja por su cuenta 🞏 Jubilado/a por discapacidad**Información del Empleador**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Historial De Solicitud de Medicaid**  |
| Su hijo/a tiene Medicaid 🞏 Si 🞏 No Si su hijo/a 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 algún 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 a continuación 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)*:** |   |

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE FECHA

**Nota:**