



Fecha: _____

PATIENT INFORMATION

Apellido:		Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:	
Nombre Preferido:			Fecha de Nacimiento:		SSN:
Dirección:				Correo Electrónico:	
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono principal: <i>Tipo:</i> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo			Teléfono secundario: <i>Tipo:</i> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? <input type="checkbox"/> al número celular <input type="checkbox"/> al número de casa <input type="checkbox"/> por texto <input type="checkbox"/> por correo electrónico <input type="checkbox"/> por el portal del paciente					
Sexo de nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Hetero <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elegir no divulgar			
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero – masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero - femenino a masculino					
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Tiene Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado legal <input type="checkbox"/> Viudo/a					
Tipo de empleo del paciente: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Dependiente					
Nombre del empleador paciente:				¿Es usted estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

CONTACTO EN CASE DE EMERGENCIA

Nombre:		Relación:	
Teléfono:		Dirección:	

INFORMACIÓN ADICIONAL

Raza(s) - elije todos que aplique: <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> no Hispano	¿Es usted un veterano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su idioma primario?: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Cuál es su estado actual de viviendo? <input type="checkbox"/> Alquila/ Domicilio Propio (solo o con familia) <input type="checkbox"/> Vive temporalmente con familia o amigos <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia <input type="checkbox"/> En la calle (Edificios abandonados, campamento, carro) <input type="checkbox"/> Alojamiento provisional <input type="checkbox"/> ¿Otro? (Por favor, especifique): _____	
¿Has trabajado con una agencia para obtener una vivienda en el último año? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió si, cual es el nombre del proveedor _____	
¿Es usted un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Mover de lugar a lugar)	¿Es usted un trabajador estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Tiempo temporal y parcial)
¿Por favor déjanos saber qué servicio o servicios desea recibir? <input type="checkbox"/> Servicio Médico <input type="checkbox"/> Servicio Dental <input type="checkbox"/> Servicio de cuidado de la visión <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Tratamiento para abuso de sustancias	
¿Fue referido por alguien? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió si, ¿quien lo refirió? _____	
¿Tiene médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió si, cual es el nombre del proveedor _____	
Tenemos atención en equipo para que los proveedores puedan coordinar mejor su atención. Puede seleccionar su proveedor médico. <i>Escoja uno de los siguientes:</i> <input type="checkbox"/> Cita disponible lo más temprano (cualquier ubicación) <input type="checkbox"/> West Grace Centro de Salud (Por favor circule uno de los siguientes): Stephen Popovich / Cara Campbell / Molly Seay / Mercy Bradshaw / Renee Hammel <input type="checkbox"/> Southside Centro de Salud (Por favor circule uno de los siguientes): Kathleen DiPasquale / Helen Tanner / Usha Sundaram / Renee Hammel	

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tienes seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Mi hijo <input type="checkbox"/> Otro
Por favor marque todos los que apliquen y proporcione tarjeta. <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> VA Healthcare <input type="checkbox"/> VCC <input type="checkbox"/> Medicaid MCO <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno	

El Daily Planet Health Services (DPHS) ofrece un Programa de descuento de tarifa variable para personas con hasta el 200% del nivel de pobreza. Este calendario se basa en las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza del año actual. Si desea solicitar tarifas con descuento, se requiere comprobante de ingresos para determinar el nivel de elegibilidad. Para obtener información detallada, consulte el Pago de honorarios y comprobante de ingresos Formulario de documentación de elegibilidad de tarifa móvil, ubicado en su paquete de registro. Si no se inscribe en el programa de descuento de tarifa móvil, usted es responsable por el total de su visita.

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Edad

Total número de personas en su casa (incluido usted) _____

INGRESOS DEL HOGAR: incluye todas las fuentes, incluidas pero no limitadas al: empleo, beneficios de desempleo, SSI / SSDI, beneficios para veteranos, pensiones, jubilación, TANF, manutención de los hijos y pensión de divorcio.

Nombre de la persona que recibe los ingresos	Fuente de ingreso	Cantidad	La frecuencia que recibe estos ingresos

Ingreso Total del hogar: \$ _____ Anual Mensual Semanal Quincenal Bimensual

¿Si no recibe ingresos, ¿Cómo proporcionan alimentos y refugio para usted/familia? _____

Por favor, tenga en cuenta: Daily Planet Health Services, Clínica de Salud Mental **no provee evaluación de una cita solo para uso en la corte, beneficios de incapacidad u otros propósitos.** Si usted necesita es tipo de servicio, nosotros le podemos referir a otra agencia que le puedo ayudar *** _____ **POR FAVOR INICIAL AQUÍ*****

Por lo presente certifico que toda la información que hay proveído en este formulario es cierta. Entiendo que esta aplicación **será revisada cada visita y que debo proveer prueba de ingresos anualmente.** Además, entiendo que, dado ser aplicable, debo proporcionar prueba de falta de hogar inicialmente, mensualmente, y como mis circunstancias cambian. Entiendo que si doy información falsa, retengo información, o fallo en reportar mis ingresos, que podría ser procesado por perjurio, hurto, o fraude

_____	_____	_____
Firma	Escribe su nombre en letra de molde	Fecha
_____	_____	_____
Firma del personal	Escribe su nombre en letra de molde	Fecha