

Fecha de Hoy: _____



Nombre Legal del Paciente:		Fecha de Nacimiento:
Nombre Preferido:		Seguro Social:
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estados:	Código Postal:
Dirección de Correo Electrónico:		Condado:
		Residente de Estados Unidos: S / N Veterano: S / N
Contacto de Emergencia:	Relación:	Teléfono:

Lista de todas las personas viviendo en el hogar. (lista cada persona separada, INCLUYENDO AL PACIENTE):

Nombre	M/F	Edad	Fecha de Nacimiento	Relación:	Numero de Seguro Social

Genero	
Masculino	
Femenina	
Transgénero /Masculino	
Mujer-a-Hombre	
Transgénero/ Femenina	
Hombre -a-Mujer	
Otro	
Se Niego a Responder	

Estado Matrimonial	
Soltero(a)	
Casado(a)	
Separado(a)	
Divorciado(a)	
Viudo(a)	

Ingreso Mensual del Hogar	
Ningunos	\$
Salarios-Total	\$
Beneficio por incapacidad	\$
Desempleo	\$
Seguro Social	\$
Compensación del Trabajador	\$
Total, Mensual	\$
Total, Anual	\$

Orientación Sexual	
Heterosexual	
Homosexual	
Lesbiana	
Bisexual	
Otro	
Desconocido	
Se Niegó a Responder	

Raza	
Afroamericano	
Asiático	
Nativo Hawaiano	
Otro Isleño del Pacifico	
Indio Americano/ Nacional de Alaska	
Blanco	
Más de una raza	
Niego a responder	

Ingreso Anual del Hogar	
\$0-20,000	
20,001-50,000	
50,001-100,000	
100,001+	

Sin Hogar	
Asilo de refugio	
Transicional	
Compartir habitación	
En la Calle	
Otro	
Desconocido	

Empleo	
Tiempo Completo	
Media Tiempo	
Empleo Propio	
Retirado(a)	
Temporal	
Desempleado(a)	

Seguro	
Paciente se niega a recibir asistencia	
Sin Seguro	
Medicare	
Medicaid	
Medicaid Pendiente	
HIP	
Seguro Privado	

Lenguaje Primario	
Ingles	
Español	
Otro	
¿Necesita Intérprete?	

Etnicidad			
¿Es Usted Hispano/Latino?	Si	No	

Método de Comunicación Preferida			
Texto		Electrónico	
		Voz	

Farmacia Preferida	
Nombre:	
Dirección:	

Es mi responsabilidad de mantener a HealthLinc informado de cualquier cambio de dirección, teléfono, ingreso, y o cobertura de salud.

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación de HealthLinc, agencias federales o estatales y otros como sea necesario. Bajo pena de perjurio y fraude, afirmo que la información anterior es verdadera y correcta.

Solicitante (firma)

Solicitante (nombre en molde)

(Esta sección es para Uso de Oficina Solamente)

Comprobante de ingreso (circule uno): Si No Medicaid Escala _____ Dental Escala _____ Fecha de Renovación _____ Entrado _____ Date: _____ Escaneado: _____
Este centro de salud recibe fondos de HHS y tiene un estatus de Servicios de Salud Públicos Federales (Federal Public Health Service (PHS)) con respeto a ciertos reclamos de salud o relacionado de salud, incluyendo reclamos de mal práctica médica, por si mismo y otros individuos cubiertos.