


<b>For Office Use Only: Check One:</b>		<input type="checkbox"/> Intake or	<input type="checkbox"/> Renewal:	<input type="checkbox"/> MCD	<input type="checkbox"/> MCR	<input type="checkbox"/> Private	<input type="checkbox"/> Slide Fee	<b>Patient #:</b>	
Fecha de Hoy: _____									Fecha de Nacimiento: _____
Nombre Legal del Paciente:							Seguro Social:		
Nombre Preferido:				US Residente: Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>		Refugiado: Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>		Pais de origen:	
Dirección:				Telefono:					
Ciudad:		Estado:		Codigo postal:		Condado:			
Dirección de Correo Electrónico:				Veterano: Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>		Descargado: Si <input type="checkbox"/> /No <input type="checkbox"/>		Fecha de Descargo:	
Contacto de Emergencia:			Relación:			Teléfono:			

Lista de todas personas viviendo en el hogar. (lista cada persona separada, INCLUYENDO AL PACIENTE):						
Nombre	M/F	Edad	Fecha de Nacimiento	Relación	Numero Seguro Social	

Genero	
Masculino	
Femenina	
Transgénero Masculino / Mujer-a-Hombre	
Transgénero Femenina / Hombre-a-Mujer	
Genderqueer; Ni exclusivamente masculino ni femenino	
Otro	
Se Negó a Responder	

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

Ingreso Mensual del Hogar	
Ninguno	\$
Salarios-Total	\$
Beneficio de Incapacidad	\$
Desempleo	\$
Seguro Social	\$
Compensación del Trabajo	\$
Total Mensual	\$
Total Anual	\$

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

Empleo	
Tiempo Completo	
Medio Tiempo	
Empleo Propio	
Retirado (a)	
Temporal	
Trabajador Migrante	
Desempleado (a)	

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

Sin Hogar	
Asilo de Refugio	
Transicional	
Comparte habitación	
En la Calle	
Otro	
Se Negó a Responder	

Raza	
Blanco	
Negro ó Afro Americano	
Asiático	
Hawaiano Nativo u otro isleño del Pacifico	
Indio Americano ó Nativo de Alaska	
Raza No Reportada - Rechazo	
Raza No Reportada – No lo sé	
Raza No Reportada – No Determinado	

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

Lenguaje Primario	
Inglés	
Español	
Otro	
¿Necesita Intérprete?	

Etnicidad		
¿Es Usted Hispano/Latino?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Método de Comunicación Preferida		
Texto <input type="checkbox"/>	Electronico <input type="checkbox"/>	Voz <input type="checkbox"/>

Farmacia Preferida	
Nombre:	
Dirección:	

Es mi responsabilidad de mantener a HealthLinc informado de cualquier cambio de dirección, telefono, ingreso, y ó cobertura de salud.  
Entiendo que la información que presente está sujeta a verificación de HealthLinc, agencias federales ó 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 de molde)