



Patient ID#

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Fuente de referencia: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Promoción <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Evento comunitario <input type="checkbox"/> Otra agencia <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Medios de comunicación social <input type="checkbox"/> Otra clínica <input type="checkbox"/> Otro			
Apellido:	Nombre:	M.I.:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Ciudad y código postal:	
Correo electrónico:	Teléfono móvil: [] Contacto Preferido	Teléfono de casa: [] Contacto Preferido	
Si es menor de 18 años, nombre del padre o tutor legal:	Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	

Tamaño del hogar:	El ingreso mensual de los hogares antes de impuestos es menor que:				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> \$1,041	<input type="checkbox"/> \$1,561	<input type="checkbox"/> \$1,822	<input type="checkbox"/> \$2,082	<input type="checkbox"/> Mas que \$2,082
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> \$1,409	<input type="checkbox"/> \$2,114	<input type="checkbox"/> \$2,466	<input type="checkbox"/> \$2,818	<input type="checkbox"/> Mas que \$2,818
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> \$1,778	<input type="checkbox"/> \$2,666	<input type="checkbox"/> \$3,111	<input type="checkbox"/> \$3,555	<input type="checkbox"/> Mas que \$3,555
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> \$2,146	<input type="checkbox"/> \$3,219	<input type="checkbox"/> \$3,755	<input type="checkbox"/> \$4,292	<input type="checkbox"/> Mas que \$4,292
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> \$2,514	<input type="checkbox"/> \$3,771	<input type="checkbox"/> \$4,399	<input type="checkbox"/> \$5,028	<input type="checkbox"/> Mas que \$5,028
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> \$2,883	<input type="checkbox"/> \$4,324	<input type="checkbox"/> \$5,045	<input type="checkbox"/> \$5,765	<input type="checkbox"/> Mas que \$5,765
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> \$3,251	<input type="checkbox"/> \$4,876	<input type="checkbox"/> \$5,689	<input type="checkbox"/> \$6,502	<input type="checkbox"/> Mas que \$6,502
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> \$3,619	<input type="checkbox"/> \$5,429	<input type="checkbox"/> \$6,333	<input type="checkbox"/> \$7,138	<input type="checkbox"/> Mas que \$7,138

Cómo completar el tamaño de la familia

1. Marque la casilla en la columna "tamaño del hogar" que indica el número de miembros de la familia que viven en su casa.

2. Luego marque la casilla en la misma fila que se aplica a sus ingresos mensuales.

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Masculino	Raza: <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No Reportabo <input type="checkbox"/> Mas de una raza
Identidad de género (lo que identifica como): <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Elija no divulgar <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero	Falta de vivienda (si no tiene hogar): <input type="checkbox"/> Refugio para indigentes <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Viviendo con amigos y familia <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición <input type="checkbox"/> Otro
Orientación sexual (atracción física): <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elija no divulgar	Nombre del seguro primario: <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> El paciente no está asegurado <input type="checkbox"/> Otro
Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano	Quién es el titular principal del seguro: <input type="checkbox"/> El paciente es el titular de la tarjeta asegurada <input type="checkbox"/> El paciente es dependiente del titular de la tarjeta
Patient Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Patient Declines <input type="checkbox"/> Other or Undetermined	Nombre del seguro secundario:
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	Nombre del miembro de la tarjeta:
El Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Widow <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Divorciado	Fecha de nacimiento:
	Grupo #:
	# De identificación de seguro:

Los descuentos se basarán solo en el ingreso y el tamaño de la familia. NCNC usa la definición de cada uno de la Oficina del Censo.

La familia se define como un grupo de dos personas o más relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas; todas esas personas (incluidos los miembros de la subfamilia relacionada) se consideran miembros.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Registro inicial (uso para oficina solamente)