



**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de evaluación:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Años 18-64:** \_\_\_\_\_ **Seguridad Social #** \_\_\_\_\_

**Domicilio (No Apartado de correos):** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_

**¿Residente del condado de Kendall?** Sí  No  **Zona:** Boerne  Comfort

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Número Celular:** \_\_\_\_\_

**Teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_ **Lenguaje:** Inglés  Español  Otro  \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha recibido servicios en HCMfH?** Sí  No  Si es así, cuando: \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer  **¿Está embarazada?** Sí  No

**Estado civil:** Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(A)

**Raza:** Asiático(a)  Afroamericano(a)  Caucásico(a)  Latino(a)

Nativo Americano(o)  Isleño Pacífico(a)  Otro \_\_\_\_\_

**¿Tienes seguro médico?** Sí  No  Si respuesta es sí; ¿qué tipo?

Medicaid  Medicare  VA Beneficios de la salud  Ley de Cuidado Affordabel (Obamacare)

Beneficios de compensación a trabajadores  Otro: Por favor explique: \_\_\_\_\_

**¿Está usted empleado(a)?** Sí  No  Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

**¿Es veterano?** Sí  No

**¿Tiene identificación con foto?** Sí  No  (Debe llevar a la primera visita y copia retenida en la tabla del paciente)

**Contacto de Emergencia** Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

**Miembros del hogar, incluido el yo:**

Nombre (Enumera primero)	Relación (cónyuge-hijo)	Seguridad Social #	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento (MO/Día/Año)	Trabajo (Sí/No)	Ingresos

¿Qué tipo de servicios médicos se necesitan ahora? \_\_\_\_\_

Lugar anterior Atención médica recibida: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de esta clínica? \_\_\_\_\_

¿Afiliación de iglesia? \_\_\_\_\_

¿Alguno de los miembros de su familia RECIBE alguno de los siguientes? Por favor, indique para Sí o No:

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medicaid	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	TANF
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CHIP	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cupones de alimentos
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Seguro médico	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Compensación al trabajador
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Seguro dental	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pensión alimenticia
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Prestaciones de jubilación
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Beneficios de desempleado	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Ingreso Suplementario de Seguro social
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Seguro social	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Manutención de los hijos

*Certifico que la información que he dado está actualizada y correcta. Entiendo que cualquier falsificación, tergiversación o retención de información resultará en la pérdida de elegibilidad para recibir los servicios de la clínica.*

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

.....

**Debajo de la sección completada por el entrevistador**

Nuevo Solicitante  Renovación del Solicitante

**Total (Hogares) Ingresos para todos los adultos: Mensual: \_\_\_\_\_ Anualmente: \_\_\_\_\_**

**Ingreso verificado con: \_\_\_\_\_**

**Verificación de ingresos Incluye:** declaración de impuestos de año anterior, beneficios de desempleo, manutención de hijos, cheque de incapacidad, cheque de jubilación, tres meses de cheques de cheque de pago, verificación de cupones de alimentos, ingresos de renta y cualquier otra prueba de ingresos. La prueba de ingreso será verificada antes de que el paciente vea al proveedor.

**Identificación con foto Incluye:** licencia de conducir, pasaporte, visa, documentos de inmigración, estudiante o trabajo, identificación con foto de otro país u otra forma de identificación con foto. El ID válido de la foto será verificado antes de que el paciente vea al proveedor.

**Tipo de Identificación de Foto alcanzado: \_\_\_\_\_**

**Tipo de ingresos Verificación obtenida: \_\_\_\_\_**

**Nombre impreso del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**