



Prueba de Elegibilidad del Paciente

**EL PAGO DEL SERVICIO SE DEBE REALIZAR EN CADA CITA.
NO PRESENTARSE INCURRIRÁN UN CARGO DE \$ 25.00 EN LA PRÓXIMA CITA PROGRAMADA.**

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? No Sí Si es así, cuando: _____

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

Estado civil: ✓ uno	Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Separado(a)	Viudo(A)
Raza: ✓ uno	Asiático(a)	Afro- americano(a)	Caucásico(a)	Latino(a)	Nativo Americano(o)
	Islaño Pacifico(a)		Otro: (describir)		

¿Tienes seguro médico? No Sí Si respuesta es sí; ¿qué tipo? Marque (✓) uno a continuación

Medicaid	Medicare	VA Beneficios de la salud	Ley de Asistencia Asequible (Obamacare)	Beneficios de compensación a trabajadores	Otro
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 _____ **Número de Teléfono** _____
(Favor de añadir este nombre al formulario **"Divulgación de Información Médica"**)

¿Qué tipo de servicios médicos se necesitan ahora? _____

Lugar anterior donde recibió atención médica : _____

¿Cómo se enteró de esta clínica? _____

¿Afiliación de Iglesia? _____

VOLTEE PARA COMPLETAR



Prueba de Elegibilidad del Paciente

Miembros del hogar, Usted incluido:

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

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

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicaid	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	TANF
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	CHIP	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cupones de alimentos
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Seguro médico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Compensación al trabajador
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Seguro dental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pensión alimenticia
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prestaciones de jubilación
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Beneficios de desempleado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ingreso Suplementario de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Seguro Social	<input type="checkbox"/> Si <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 Personal de la Clínica.

New Applicant **Renewal Applicant**

Your total income (including spousal income) Monthly: _____ **Annually:** _____

Income Verification Includes: previous year's income tax return, unemployment benefits, child support, disability check, retirement check, three months of paycheck stubs, food stamp verification, rental income, and all other proof of income. **Proof of income will be verified prior to patient seeing provider.**

Photo ID Includes: driver's license, passport, visa, immigration documents, student or work, photo ID from other country, or other form of photo identification. **Valid Photo ID will be verified prior to patient seeing provider.**

Type of Photo ID received _____ **Type of Income Verification received** _____

Printed name of Clinic Staff _____ **Date:** _____