

Información de Paciente: Renovar anualmente

Por favor complete toda la información en ambos lados de esta forma.

Nombre Legal del Paciente: _____ **Nombre preferido:** _____

Otros nombres que ha usado: _____ Padre o Tutor legal (si es menor de 18): _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
No se necesita tener un número de seguro social para recibir servicios. Mes/Día/Año

Género asignado al nacer: Masculino ☐ Femenino ☐

Domicilio: _____
Número y calle o Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____ ☐ Paciente ☐ Padre o Tutor legal

Community Health Partners recibe financiamiento federal, por esa razón requerimos hacer las siguientes preguntas. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial. Por favor llene toda la información.

Estado civil: _____ **Lenguaje preferido:** _____

Quien es su proveedor medico general _____

Etnia Latinx o Hispano ☐ No Latinx o Hispano ☐ Desconocido/no disponible ☐

Raza (marque todos los que apliquen) ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Isleño del Pacifico ☐ Blanco ☐ Nativo

☐ Hawaiano ☐ Desconocido ☐ Amerindio/ Nativo de Alaska ☐ Declinar información

Estatus de Empleo: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Discapacitado ☐ Jubilado

☐ Estudiante tiempo completo ☐ Estudiante medio tiempo ☐ Desempleado

Si trabaja, Empleador: _____ **¿Es Usted Veterano?** ☐ Sí ☐ No ☐ Militar activo

Eres un empleado de CHP/One Health o un dependiente de un empleado de CHP/One Health? ☐ Sí ☐ No

¿Esta visualmente discapacitado? ☐ Sí ☐ No **¿Tiene problemas de audición?** ☐ Sí ☐ No

En los últimos dos años:

1. ¿Se ha mudado Ud. a un área nueva para trabajar en granja o rancho? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Ha trabajado Ud. en un rancho o por temporada? ☐ Sí ☐ No

¿El año pasado ha vivido Ud. en un albergue, refugio, hogar transitorio, en su vehículo, o en la calle, o se ha quedado temporalmente con su familia o con sus amigos? ☐ Sí ☐ No

Orientación sexual: ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Heterosexual o derecho ☐ Bisexual

☐ Algo diferente ☐ No sabe ☐ Prefiere no compartir esta información ☐ Desconocido

Identidad de Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero Masculino: Femenino a Masculino ☐ Otro

☐ Transgénero Femenino: Masculino a Femenino ☐ Género no binario ☐ Prefiere no compartir esta información

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ **Número de Teléfono:** _____

Relación del contacto de emergencia con usted: _____

☐ Yo estoy en la escala de descuento de CHP o me gustaría aplicar hoy para obtenerla.

¿Quién es responsable por los cobros de hoy? (adulto mayor de 18 años) ☐ Yo ☐ Otro (¿Es un miembro de su familia o su patrón responsable del cobro de hoy?)

Sólo complete esta información si seleccionó otro arriba:

Nombre: _____ Relación con usted: _____

Dirección: _____

No. de Seguro Social _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Empleador _____

Mes/Día/Año

¿Tiene seguro que le ayude a pagar por esta visita? (Por favor marque todo lo que aplica)

- ☐ Seguro Privado ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Healthy Montana Kids
☐ Compensación del Trabajador ☐ Cobertura por accidente de Automóvil

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Compañía de Seguros: _____ Número de Identificación de Seguro: _____

Mes/Día/Año

Domicilio del titular de la póliza: _____

Por favor proporciónenos la tarjeta de seguro con esta forma. Si Ud. no trae su tarjeta de seguros con usted, por favor tráigala tan pronto como le sea posible o recibirá una cuenta por la cantidad total.

Esta información será requerida una (1) vez al año si Ud. no está en nuestra escala de descuento. Toda la información será mantenida estrictamente confidencial. Por favor complete la información siguiente.

Instrucciones: Empiece con elegir su tamaño de familia. Después, elija **una casilla de esa fila** que mejor describa el ingreso familiar

¿Cuál es su ingreso anual?

Tamaño familia	Ingreso	Ingreso	Ingreso	Ingreso
	Es posible que califique para cobertura de Medicaid- Pregunte a nuestro equipo!			
1	☐ \$0 to \$15,060	☐ \$15,061 to \$22,590	☐ \$22,591 to \$30,120	☐ \$30,121 y más
2	☐ \$0 to \$20,440	☐ \$20,441 to \$30,660	☐ \$30,661 to \$40,880	☐ \$40,881 y más
3	☐ \$0 to \$25,820	☐ \$25,821 to \$38,730	☐ \$38,731 to \$51,640	☐ \$51,641 y más
4	☐ \$0 to \$31,200	☐ \$31,201 to \$46,800	☐ \$46,801 to \$62,400	☐ \$62,401 y más
5	☐ \$0 to \$36,580	☐ \$36,581 to \$54,870	☐ \$54,871 to \$73,160	☐ \$73,161 y más
6	☐ \$0 to \$41,960	☐ \$41,961 to \$62,940	☐ \$62,941 to \$83,920	☐ \$83,921 y más
7	☐ \$0 to \$47,340	☐ \$47,341 to \$71,010	☐ \$71,011 to \$94,680	☐ \$94,681 y más
8	☐ \$0 to \$52,720	☐ \$52,721 to \$79,080	☐ \$79,081 to \$105,440	☐ \$105,441 y más
9+	¿Cuánta gente vive con Ud.? _____ ¿Cuál es el ingreso anual de todos los miembros de su familia que son mayores de 18 años? \$ _____			
☐ No quiero compartir esta información.				

Firma _____ Fecha _____

For Office Use Only

Slide Status: Active ☐ Date Expired _____ Patient Declined Slide ☐ Will Return Ppwk by: _____ Entered by _____ Date _____