

BIENVENIDO

¡Estamos aquí para ayudar!

Para ayudarlo mejor, le rogamos que responda a las siguientes preguntas junto con los demás formularios de este paquete.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Alias: _____ (apodo/nombre anterior) Fecha en que se completó el formulario: _____

SSN del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____

Sexo de nacimiento (asignado al nacer): ☐ Mujer ☐ Hombre

Dirección del cliente: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Estado civil: _____ Idioma preferido: _____

Fumador: ☐ Sí ☐ No

Teléfono casa del cliente: _____ Celular del cliente: _____

Correo electrónico del cliente: _____

Método de contacto preferido: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Correo electrónico

Notificaciones para recordatorios automáticos de citas: (seleccione sólo una)

- ☐ Correo electrónico
- ☐ SMS (Texto)
- ☐ Recordatorios de voz
- ☐ Ninguno

PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO AL PERSONAL DE RECEPCIÓN

Seguro médico: _____ ID de miembro/póliza: _____

Información del suscriptor - *Si no es el paciente*

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Relación con el paciente: _____

Dirección (si es distinta de la del paciente): _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Seguro dental: _____ ID de póliza/miembro: _____

Información del suscriptor - *Si no es el paciente*

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Relación con el paciente: _____

Dirección (si es distinta de la del paciente): _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____

Relación del Contacto de emergencia con el cliente: _____

Padre(s)/madre(s)/tutor(es)	Padre/madre/tutor 1	Padre/madre/tutor 2
Nombre:		
Relación:		
Dirección:		
Teléfono:		
Fecha de nacimiento:		

Estoy interesado en solicitar el programa de precio proporcional. ☐ Sí ☐ No

Situación laboral:

- ☐ Empleado a tiempo completo (35 o más h/semana)
- ☐ Empleado a tiempo parcial (menos de 35 h/semana)
- ☐ Sin empleo - Discapacitado
- ☐ Sin empleo - Ama de casa
- ☐ Sin empleo - Prisionero
- ☐ Sin empleo - Otro
- ☐ Sin empleo - Preescolar
- ☐ Sin empleo - Jubilado
- ☐ Desconocido
- ☐ Sin empleo - Estudiante (ACAD o vocacional)
- ☐ Recibo ayuda para buscar empleo
- ☐ Empleo estacional
- ☐ Buscando empleo
- ☐ Taller protegido
- ☐ Empleo con apoyo
- ☐ Desempleado: buscando trabajo en los últimos 30 días o en despido temporal
- ☐ Desempleado - Despedido
- ☐ Voluntario

Valores bajo horas mensuales trabajadas:

- ☐ 1-20
- ☐ 21-40
- ☐ 41-60
- ☐ 61-80
- ☐ 81-100
- ☐ 100+
- ☐ Ninguna
- ☐ Desconocido

Estatus de persona sin techo

- ☐ No sin techo
- ☐ Albergue para personas sin techo
- ☐ Viviendo con otras personas, "couch surfing"
- ☐ Vivienda de transición (pequeña unidad donde las personas hacen la transición desde un albergue)
- ☐ Calle (viviendo en la calle, en un vehículo, al aire libre o en un campamento)
- ☐ Otro (resido en hotel/motel)

Estatus de trabajador migrante:

- ☐ Migrante
- ☐ No trabajador agrícola
- ☐ Trabajador agrícola estacional o dependiente

Barrera lingüística: ☐ Sí ☐ No

Raza: (marcar todo lo que corresponda)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Indio americano o nativo de Alaska | ☐ Guameño o chamorro | ☐ Samoano |
| ☐ Indio asiático | ☐ Japonés | ☐ Vietnamita |
| ☐ Negro o afroamericano | ☐ Coreano | ☐ Blanco |
| ☐ Chino | ☐ Nativo de Hawái | ☐ No declara/Se niega a declarar |
| ☐ Filipino | ☐ Otro asiático | |
| | ☐ Otro isleño del Pacífico | |

Etnia:

- ☐ Cubano
- ☐ Mexicano, mexicano-americano, chicano/a
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Otro origen hispano, latino o español
- ☐ No hispano o latino
- ☐ Se negó a especificar

Estatus de veterano: ☐ Sí ☐ No

Cabeza del hogar

- ☐ Yo mismo

Si no usted el mismo, relación con el paciente _____

Nombre de cabeza de familia: _____

Fecha de nacimiento del jefe del hogar: _____

Sexo al nacer del jefe del hogar: _____

Dirección del jefe del hogar: _____

Ciudad, Estado, Código Postal : _____

Número de teléfono del jefe del hogar: _____

Número de personas en el hogar: _____

Rango de ingresos anuales: \$: _____

¿Cómo lo derivaron a Compass Health Network? Plan de marketing:

- ☐ Agencia
- ☐ Valla publicitaria
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Internet
- ☐ Periódico
- ☐ Otro proveedor de salud
- ☐ Radio
- ☐ TV
- ☐ Otro: _____