

BIENVENIDO

¡Estamos aquí para ayudar!

Para ayudarle 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

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)

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

Etnia:

- Cubano
- Mexicano, mexicano-americano, chico/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 cabeza del hogar: _____

Sexo al nacer del cabeza del hogar: _____

Dirección del cabeza del hogar: _____

Ciudad, Estado, Código Postal : _____

Número de teléfono del cabeza 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: _____