

## ***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

**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, 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: \_\_\_\_\_