

NO. DE CUENTA DEL PACIENTE _____

Necesita Traductor(a) SI / NO

El Centro de Salud de la Comunidad de Athens

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: (d) _____ (m) _____ (a) _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Transgénero _____

Raza: _____ Estado Civil (C/S) : _____ No. de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de Teléfono: (____) _____ No. de Trabajo (____) _____ No. de Celular (____) _____

¿Es usted residente de la Autoridad de Vivienda de Athens? _____ Si _____ No

¿Ha sido tratado en el Centro anteriormente? ¿Si se ha tratado; cuando? _____

¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? _____ Si _____ No

A quien podemos contactar en caso de emergencia (que no viva en el mismo hogar)

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de Teléfono: (____) _____ No. de Trabajo (____) _____ No. de Celular (____) _____

Información del Padre/Tutor (si no es el paciente)

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de Teléfono: (____) _____ No. de Trabajo (____) _____ No. de Celular (____) _____

Correo Electrónico del Paciente/Padres: _____

Farmacia de su Elección: La Farmacia del Centro de Salud de Athens (o) _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD: Doy mi permiso para que el Centro de Salud de la Comunidad de Athens examine y trate al paciente.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Yo, autorizo el pago de beneficios médicos al Centro de Salud de la Comunidad de Athens y sus médicos por el servicio emitido en el Centro. También autorizo que entreguen cualquier expediente para el tratamiento o proceso de las reclamaciones necesarias.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

ANHC – ESTADO DE INFORMACION FINANCIERA Y COBERTURA DE SEGUROS

Pacientes de Medicaid/Medicare

*******FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DE MEDICAID / MEDICARE*******

No. de Medicaid: _____

No. de Medicare: _____

Firma de la Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Pacientes Sin Medicaid/Medicare y Pacientes No Asegurados deben completar la siguiente información:

_____ Tengo cobertura de Seguro Médico con: _____

Número de Identificación o Grupo: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación del Titular de la Póliza : _____

*******FAVOR DE PRESENTAR LA TARJETA DE SEGURO MEDICO*******

_____ No tengo cobertura de seguro médico y me gustaría ser colocado(a) en la Escala de Pagos del Centro.

TODOS LOS PACIENTES DEBEN DE COMPLETAR LA SIGUIENTE TABLA:

<i>Tamaño de Familia</i>	<i>Circula el nivel de ingreso en relación con el tamaño de su familia que describe mejor su ingreso familiar.</i>				
1	Debajo \$14,759	\$17,820	\$20,790	\$23,760	\$23,761
2	Debajo \$20,024	\$24,030	\$28,035	\$32,040	\$32,041
3	Debajo \$25,199	\$30,240	\$35,280	\$40,320	\$40,321
4	Debajo \$30,374	\$36,450	\$42,525	\$48,600	\$48,601
5	Debajo \$35,549	\$42,660	\$49,770	\$56,880	\$56,881
6	Debajo \$40,724	\$48,870	\$57,015	\$65,160	\$65,161
7	Debajo \$45,911	\$55,095	\$64,278	\$73,460	\$73,461
8	Debajo \$51,112	\$61,335	\$71,558	\$81,780	\$81,781

Si usted tiene **más de 8 personas** que viven en su hogar, por favor de completar la tabla a continuación.

¿Cuántas personas viven en su hogar?	¿Cuál es su ingreso familiar?

Nombre de los miembros de la Familia Nombre – Segundo Nombre - Apellido	Relación al Solicitante	Fecha de Nacimiento

Mi firma certifica que la información anterior es verdadera y refleja con exactitud el estado de mis Finanzas y Cobertura de Seguro de Salud.

Firma _____ Fecha _____

Yo autorizo que entreguen mi información médica a las siguientes personas:

_____ Relación: _____

_____ Relación: _____

Uso del Personal

Número Total de los Miembros de la Familia	
--	--

Nivel de Ingreso	\$
------------------	----

Residente de Vivienda Publica _____ Si _____ No
--

Veterano _____ Si _____ No
