

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_



Nombre Legal del Paciente:		Fecha de Nacimiento:
Nombre Preferido:		Seguro Social:
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estados:	Código Postal:
Dirección de Correo Electrónico:		Residente de Estados Unidos: S / N Veterano: S / N
Contacto de Emergencia:	Parentesco:	Teléfono:

**Lista de todas personas viviendo en el hogar. (lista cada persona separada, INCLUYENDO AL PACIENTE):**

Nombre	M/F	Edad	Fecha de Nacimiento	Parentesco:	Numero de Seguro Social

Genero	
Masculino	
Femenina	
Transgénico / Masculino	
Mujer-a-Hombre	
Transgénico / Femenina	
Hombre -a-Mujer	
Otro	
Se Negó a Responder	

Estado Matrimonial	
Soltero	
Casado	
Separado	
Divorciado	
Viudo	

Ingreso Mensual del Hogar	
Ningunos	\$
Salarios-Brutos	\$
Deseabilidad	\$
Desempleo	\$
Seguro Social	\$
Compensación del Trabajador	\$
Total, Mensual	\$
Total, Anual	\$

Orientación Sexual	
Straight	
Gay	
Lesbiana	
Bisexuales	
Otro	
Desconocido	
Se Negó a Responder	

Empleo	
Tiempo Completo	
Media Jornada	
Empleo propio	
Retirado	
Temporada	
Desempleado	

Ingreso Anual del Hogar	
\$0-20,000	
20,001-50,000	
50,001-100,000	
100,001+	

Sin Hogar	
Asilo de refugio	
Transicional	
Compartir habitación	
En la Calle	
Otro	
Desconocido	

Raza	
Afroamericano	
Asiático	
Nativo Hawaiano	
Otro Isleño del Pacifico	
Indio Americano/ Nacional de Alaska	
Blanco	
Más de una raza	
Niego a responder	

Seguro	
Paciente se niega a recibir entrada	
Sin Seguro	
Medicare	
Medicaid	
Medicaid Pendiente	
HIP	
Seguro Privado	

Lenguaje Primario	
Inglés	
Español	
Otro	
¿Necesitas Intérprete?	

Etnicidad			
¿Es Usted Hispano/Latino?	Si	No	

Método de Comunicación Preferida			
Texto		Electrónica	Voz

Farmacia Preferida	
Nombre:	
Dirección:	

Es mi responsabilidad de mantener a HealthLinc informado de cualquier cambio de dirección, teléfono, ingreso, y o cobertura de salud.

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación de HealthLinc, agencias federales o estatales y otros como sea necesario. Bajo pena de perjurio y fraude, afirmo que la información anterior es verdadera y correcta.

Solicitante (firma)

Solicitante (nombre en molde)

(Esta sección es para Uso de Oficina Solamente)

Comprobante de ingreso (circule uno): Si No Medicaid Escala \_\_\_\_\_ Dental Escala \_\_\_\_\_ Fecha de Renovación \_\_\_\_\_ Entrado \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Escaneado: \_\_\_\_\_