

Nombre preferido del paciente:		Nombre de la escuela (si corresponde):		Solicitud de escala móvil de tarifas: S o N		Médico de atención primaria (PCP):						
						Enviar resultados: Sí o No Notificar en la admisión/alta: Sí o No						
Apellido legal		Primer nombre, inicial del segundo	Nombre(s) anterior(es)/de soltera	Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Núm. de Seguro Social (opcional)					
Dirección física		Ciudad	Estado	Código civil	Condado	Teléfono del hogar (si corresponde)						
Dirección postal/apartado postal		Ciudad	Estado	Código civil	Condado	Tfno. celular						
Tfno. para mensajes		Correo electrónico	¿Quiere inscribirse en MyChart ? (rodee una opción) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya estoy inscrito/a		Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Otro/a <input type="checkbox"/> Desconocido							
Raza (marque todas las que correspondan)			Etnia (marque una)	Información sobre la vivienda (marque una)								
<input type="checkbox"/> Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Blanco/a o caucásico/a <input type="checkbox"/> Nativo/a americano/a o nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño/a del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> No disponible			<input type="checkbox"/> Hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> No hispano/a ni latino/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Alquiler gratis <input type="checkbox"/> HUD/CHA <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Hogar grupal <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Sin hogar/viviendo en la calle o el coche Si no tiene hogar, ¿por cuánto tiempo ha vivido en estas circunstancias? _____								
¿Es usted veterano/a?		Empleo (marque uno): <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Incapacitado/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Oficios del hogar <input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Menor				Nombre y dirección del empleador						
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No combatiente <input type="checkbox"/> De combate						Teléfono del empleador	Fecha de contratación					
¿Alguien puede declararlo/a como dependiente? Sí o No En caso afirmativo, indique el nombre de la persona que lo/la declara en sus impuestos.		Tamaño del núcleo familiar a efectos económicos (a partir de su declaración de impuestos o documentación legal)	Tipo de ingresos/ingresos brutos mensuales		<input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene ingresos		Ingresos anuales estimados: Si tiene seguro médico O paga usted mismo/a y RECHAZA nuestro programa de escala móvil de tarifas, indique sus ingresos estimados: \$ _____					
			<input type="checkbox"/> Sueldos \$ _____	<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia \$ _____	<input type="checkbox"/> Fondo fiduciario \$ _____	<input type="checkbox"/> Indemnización laboral (Worker's Comp) \$ _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$ _____	<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler \$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro Social/Seguridad de Ingreso Complementario (SSI) \$ _____	<input type="checkbox"/> Otros \$ _____
			<input type="checkbox"/> Beneficios para militares/veteranos \$ _____									
¿Cómo supo de nosotros?												
<input type="checkbox"/> Paciente existente <input type="checkbox"/> Referencia de otro proveedor <input type="checkbox"/> Referencia de un familiar/amigo <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Radio AM/FM <input type="checkbox"/> Valla publicitaria <input type="checkbox"/> Canal de noticias locales												
<input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Anuncio en una revista <input type="checkbox"/> Artículo de periódico <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Anuncio de TV <input type="checkbox"/> Otro: _____												

Información sobre la persona responsable: COMPLETE SOLO SI LA PERSONA RESPONSABLE NO ES EL PACIENTE MENCIONADO ANTERIORMENTE.

La persona responsable es quien se hace cargo económicamente de los servicios recibidos durante la visita médica con HealthWorks. En algunos casos, esta persona puede no ser la misma que está legalmente capacitada para dar su consentimiento para el tratamiento. Para preguntas o inquietudes, hable con el personal del mostrador de recepción, al 307-635-3618 (opción 1).

Nombre de la persona responsable	Relación con el paciente (rodeé una opción) Madre Padre Tutor/a legal Otro/a: _____	Sexo M F	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social	Tfno. de casa: _____ Tfno. del trabajo: _____
Dirección postal (si es diferente de la del paciente)	Nombre y dirección del empleador	Empleo (marque uno): <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Incapacitado/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Oficios del hogar <input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Menor			Incluir a esta persona como contacto en caso de emergencia: Sí No
Otro(s) contacto(s) de emergencia: Indique las personas adicionales con las que desea que nos comuniquemos en caso de emergencia si el contacto principal registrado no está disponible.					
Nombre	Relación con el paciente (rodeé una opción) Madre Padre Tutor/a legal Otro/a: _____	Sexo M F	Fecha de nacimiento	Tfno. celular: _____ Tfno. del trabajo: _____	Dirección postal (si es diferente de la del paciente)
Nombre	Relación con el paciente (rodeé una opción) Madre Padre Tutor/a legal Otro/a: _____	Sexo M F	Fecha de nacimiento	Tfno. celular: _____ Tfno. del trabajo: _____	Dirección postal (si es diferente de la del paciente)

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DEL PACIENTE

¿Tiene seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare. Si la respuesta es afirmativa, indique el núm. de la póliza. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Equality Care/Medicaid. Si la respuesta es afirmativa, indique el núm. de la póliza. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Kid Care. Si la respuesta es afirmativa, indique el núm. de la póliza. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura de medicamentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cobertura del Programa de Ayuda para Medicamentos con Receta (PDAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Medicare Parte D <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si está desempleado/a, ¿tiene derecho a los beneficios de COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Compañía de seguros		Núm. de suscripción	ID del grupo
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza ____/____/____	Relación con el paciente	SSN del titular de la póliza
Dirección de facturación de reclamos:	Teléfono de atención al cliente: (____) ____ - ____	Empleador:	Teléfono del empleador: (____) ____ - ____

Seguro secundario		Núm. de suscripción	ID del grupo
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza ____/____/____	Relación con el paciente	SSN del titular de la póliza
Dirección de facturación de reclamos:	Teléfono de atención al cliente: (____) ____ - ____	Empleador:	Teléfono del empleador: (____) ____ - ____

¿Busca atención médica por un accidente? Sí No

En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas...

Fecha del accidente: / /	¿Fue un accidente con un vehículo de motor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El accidente estuvo relacionado con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dónde ocurrió el accidente?
Número de indemnización laboral (Workers Compensation):	En caso de accidente con un vehículo de motor, nombre de la compañía de seguros y número de póliza:		¿Tiene un abogado involucrado y/o un acuerdo pendiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ASIGNACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Autorizo a HealthWorks a divulgar información médica según sea necesario para recibir el pago y asignar todos los beneficios, si los hubiera, directamente a HealthWorks, que de otro modo podrían ser pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que HealthWorks también puede divulgar información médica sobre mí a médicos u otros proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en mi atención continua. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente durante doce (12) meses. Si decido buscar atención médica con otro proveedor, entiendo que el tratamiento y la información aún pueden compartirse con mi compañía de seguros u otro seguro médico. Entiendo que HealthWorks presentará un reclamo inicial a Medicare, Medicaid o cualquier otro seguro de terceros, si he presentado y firmado la información y/o los formularios necesarios. Entiendo que soy económicamente responsable de todos mis cargos, aunque estén cubiertos por mi compañía de seguros. También acepto ser responsable del pago de cualquier servicio prestado si mi compañía de seguros tarda más de sesenta (60) días a partir de la fecha del servicio. Si esto ocurre, seré responsable de solicitar el reembolso a mi compañía de seguros. Autorizo el uso de esta firma en todas las comunicaciones del seguro. **Firma de Responsable:** _____ **Nombre:** _____ **Fecha:** _____

REGISTRO DE VACUNAS DE WYOMING:

Entiendo que el estado de Wyoming mantiene un registro de vacunas. Los beneficios del registro son evitar la duplicación de vacunas, notificar oportunamente las vacunas pendientes y servir como respaldo en caso de que pierda su(s) registro(s) de vacunación. Solo los proveedores de atención médica y las escuelas autorizadas pueden acceder a los registros de vacunas.

- Autorizo a HealthWorks a ingresar información sobre mis vacunas (o las de mi hijo/a) en el Registro de Vacunas de Wyoming.
- Elijo no participar más (o que mi hijo/a no participe más) en el Registro de Vacunas de Wyoming y solicito que mis vacunas (o las de mi hijo/a) sean eliminadas del Registro de Vacunas de Wyoming.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma autorizada: _____

Relación con el paciente: _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

HealthWorks se compromete a proteger la confidencialidad de su información médica y está obligado por ley a hacerlo. El Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. Al firmar con mi nombre, reconozco que he recibido una copia del NPP y que lo he leído (o he tenido la oportunidad de leerlo, si así lo deseo), lo entiendo y acepto sus términos.

Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y DE SALUD

Consentimiento para la atención médica y de salud: Consiento voluntariamente y autorizo a Cheyenne Health and Wellness Center, sus empleados, agentes y afiliados, a prestar la atención médica (incluyendo evaluación, procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico) que mi médico/a o las personas que designe consideren necesaria y apropiada. El CHWC lleva a cabo programas de capacitación para profesionales médicos regularmente. Estas personas pueden observar o participar en los programas de tratamiento del CHWC. Estarán bajo la dirección de profesionales licenciados supervisados. Entiendo que tengo derecho a negarme a que los instructores o estudiantes participen en mi atención.

Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha _____

HealthWorks

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Nombre del padre/madre/tutor(a): _____ Nombre de la escuela actual del estudiante: _____

Yo, el estudiante (si es mayor de 18 años de edad o de otra manera tiene permiso para otorgar este consentimiento en virtud de la ley de Wyoming) o el parent/madre o tutor/a nombrado/a arriba, por la presente otorgo mi consentimiento para que el estudiante mencionado/a reciba los servicios de atención médica descritos a continuación y proporcionados por los profesionales médicos licenciados en la clínica de salud basada en la escuela propiedad y operada por Cheyenne Health and Wellness Center, con nombre comercial HealthWorks, una corporación sin fines de lucro de Wyoming, como parte del programa clínico de salud basada en la escuela aprobado por el Distrito Escolar n.º 1 del condado de Laramie (LCSD1, por sus siglas en inglés). Entiendo que la clínica de salud basada en la escuela (la SBHC, por sus siglas en inglés) asegurará la confidencialidad de acuerdo con la ley, y que se animará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en el asesoramiento y las decisiones de atención médica. Los servicios cubiertos por este consentimiento para tratamiento ("Servicios Cubiertos") pueden incluir, entre otros:

1. Servicios de salud escolar, incluidos exámenes de la vista, audición, asma, obesidad y otras afecciones médicas, primeros auxilios y vacunas obligatorias y recomendadas.
2. Examen físico integral (examen médico completo), incluidos los de la escuela, la universidad, la guardería, los deportes, el trabajo y las nuevas admisiones.
3. Pruebas de laboratorio indicadas médicaamente, como las de anemia, drepanocitosis y diabetes.
4. Diagnóstico médico por imagen, incluidos los servicios de rayos X.
5. Atención y tratamiento médico, incluido el diagnóstico de enfermedades y dolencias agudas y crónicas, y la dispensación y prescripción de medicamentos.
6. Servicios de salud mental, incluida la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y las referencias.
7. Servicios de salud reproductiva, incluido el asesoramiento sobre abstinencia, el acceso a métodos anticonceptivos, las pruebas de embarazo, la detección y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, las pruebas del VIH y las referencias en caso de resultados anormales, según la edad.
8. Educación sobre salud y asesoramiento para la prevención de conductas de riesgo como: consumo de drogas, alcohol y tabaco; educación adecuada a la edad sobre abstinencia, prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual y VIH.
9. Tratamiento odontológico que consiste en exámenes, radiografías, diagnóstico y modalidades de tratamiento que pueden incluir limpieza, administración de anestesia tópica y local, empastes y sellantes.
10. Referencias a servicios no prestados en la SBHC.
11. Cuestionario/encuesta anual de salud.

Estoy de acuerdo en que los proveedores de atención médica de la SBHC pueden divulgar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) del estudiante a la enfermera, consejero u otros proveedores de atención médica de la escuela para fines de tratamiento sin autorización adicional, o para aquellos fines legalmente permitidos sin autorización adicional en virtud de la ley federal o de Wyoming, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), y según lo exija la ley.

He leído y entiendo los Servicios Cubiertos y mi firma otorga el consentimiento para que el estudiante reciba los Servicios Cubiertos mientras sea estudiante de una escuela del LCSD1. Además, acepto que informaré de inmediato a la SBHC por escrito de cualquier cambio en la salud física, mental o dental del estudiante y de cualquier cambio en la custodia del estudiante que afecte mi capacidad para proporcionar este consentimiento en nombre del estudiante.

Firma del parent/madre/tutor(a): _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Evaluación para la obtención de recursos y beneficios públicos

HealthWorks ofrece servicios integrales para satisfacer las necesidades de los pacientes. Estos servicios pueden incluir referencias, educación y asistencia para inscribirse en servicios que pueden ser beneficiosos para usted y su familia. Solicitamos que todos los pacientes nuevos y/o los pacientes que completan el papeleo anual contesten las siguientes preguntas para ayudarnos a brindarle estos servicios. Después de revisarlas, un miembro de nuestro personal se pondrá en contacto con usted.

Familia y hogar

1. ¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda?
 Tengo vivienda.
 No tengo vivienda (vivo en casa de otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en el coche o en un parque).
 Prefiero no contestar a esta pregunta.
2. Si tiene vivienda, en los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no pudo pagar la hipoteca o el alquiler a tiempo?
 Sí No Prefiero no contestar a esta pregunta.

Dinero y recursos

3. En el último año, ¿usted o algún miembro de la familia con el que vive ha sido **INCAPAZ** de conseguir algo de lo siguiente cuando **realmente lo necesitaba?**
Marque todas las opciones que correspondan.

Sí	No	Comida	Sí	No	Ropa
Sí	No	Servicios públicos	Sí	No	Cuidado infantil
Sí	No	Medicamentos o cualquier tipo de atención de salud (médica, dental, mental, de la vista)			
Sí	No	Teléfono	Sí	No	Otro (especifique):
Prefiero no contestar a esta pregunta.					

4. ¿Todos los miembros de su hogar tienen seguro médico? Sí o No
5. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a sus citas médicas o conseguir medicamentos? Sí No
6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? Sí No

Salud social y emocional

7. ¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan y a las que se siente cercano? Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a la iglesia o a reuniones de clubes.

Menos de una vez a la semana		1 o 2 veces a la semana
3 a 5 veces a la semana		5 o más veces a la semana
Prefiero no contestar a esta pregunta.		

8. El estrés describe cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada o inquieta por algo.
¿Cuál es su nivel de estrés?

Nada estresado/a		Un poco estresado/a
Algo estresado/a		Bastante estresado/a
Muy estresado/a		Prefiero no contestar a esta pregunta.

Preguntas adicionales opcionales

9. ¿Es usted un refugiado/a? Sí No
10. ¿Se siente seguro física y emocionalmente donde vive actualmente? Sí No
11. En el último año, ¿ha sentido miedo de su pareja, expareja, novio, novia, padres u otro familiar? Sí No

SOLICITUD DE ESCALA MÓVIL DE TARIFAS

HealthWorks ofrece asistencia con los costos a los pacientes que cumplen con las pautas de ingresos del 200 % del Nivel Federal de Pobreza. Vea si califica para descuentos adicionales si su ingreso es **igual o menor a los ingresos indicados a continuación:**

Tamaño del núcleo familiar a efectos económicos	Ingresos mensuales totales/brutos (antes de cualquier deducción)	Ingresos anuales totales/brutos (antes de cualquier deducción)
1	\$2608.33	\$31,300
2	\$33525	\$42,300
3	\$4441.67	\$53,300
4	\$5358.33	\$64,300
5	\$6275	\$75,300
6	\$7191.67	\$86,300
7	\$8108.33	\$97,300
8	\$9025	\$108,300

Si le gustaría solicitar nuestra escala móvil de tarifas, complete las siguientes páginas y presente los documentos de respaldo para que podamos determinar si cumple con los requisitos.

Miembros adicionales del núcleo familiar a efectos económicos

Nombre a cada miembro adicional de su núcleo familiar a efectos económicos. Indique todos los miembros de su núcleo familiar que aparecen en su declaración de impuestos y, si es necesario, utilice páginas adicionales.

Miembro del núcleo familiar (relación con el solicitante)		¿Tiene cobertura del seguro?	Tipo de ingreso del miembro del núcleo familiar Ingresos <u>mensuales</u> brutos totales (ingresos antes de descontar impuestos y deducciones)			
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Otro/a: <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Apellido <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> 1.er nombre Incial del 2.^º		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento ____ / ____ / __	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sueldos \$ _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia \$ _____ <input type="checkbox"/> Indemnización laboral (Worker's Comp) \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro Social/Seguridad de Ingreso Complementario (SSI) \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios para militares/veteranos \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión/jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Fondo fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler \$ _____ <input type="checkbox"/> Inversiones \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <input type="checkbox"/> Ningún ingreso \$ _____	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Otro/a: <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Apellido <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> 1.er nombre Incial del 2.^º		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento ____ / ____ / __	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sueldos \$ _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia \$ _____ <input type="checkbox"/> Indemnización laboral (Worker's Comp) \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro Social/Seguridad de Ingreso Complementario (SSI) \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios para militares/veteranos \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión/jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Fondo fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención infantil \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler \$ _____ <input type="checkbox"/> Inversiones \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <input type="checkbox"/> Ningún ingreso \$ _____	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Otro/a: <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Apellido <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> 1.er nombre Incial del 2.^º		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento ____ / ____ / __	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sueldos \$ _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia \$ _____ <input type="checkbox"/> Indemnización laboral (Worker's Comp) \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro Social/Seguridad de Ingreso Complementario (SSI) \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios para militares/veteranos \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión/jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Fondo fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención infantil \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler \$ _____ <input type="checkbox"/> Inversiones \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <input type="checkbox"/> Ningún ingreso \$ _____	

Miembros del núcleo familiar (continuación):

Indique todos los miembros de su núcleo familiar declarados en su declaración de impuestos. (Utilice páginas adicionales si es necesario).

Miembro del núcleo familiar (relación con el solicitante)		¿Tiene cobertura del seguro?	Tipo de ingreso del miembro del núcleo familiar Ingresos <u>mensuales</u> brutos totales (ingresos antes de descontar impuestos y deducciones)			
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Padastro/madrastra <input type="checkbox"/> Otro/a: Apellido 1.er nombre Inicial del 2. ^º	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento ____ / ____ / __	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sueldos \$ _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia \$ _____ <input type="checkbox"/> Indemnización laboral (Worker's Comp) \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro Social/Seguridad de Ingreso Complementario (SSI) \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios para militares/veteranos \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión/jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Fondo fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler \$ _____ <input type="checkbox"/> Inversiones \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <input type="checkbox"/> Ningún ingreso \$ _____		
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Padastro/madrastra <input type="checkbox"/> Otro/a: Apellido 1.er nombre Inicial del 2. ^º	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento ____ / ____ / __	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sueldos \$ _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia \$ _____ <input type="checkbox"/> Indemnización laboral (Worker's Comp) \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro Social/Seguridad de Ingreso Complementario (SSI) \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios para militares/veteranos \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión/jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Fondo fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención infantil \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler \$ _____ <input type="checkbox"/> Inversiones \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <input type="checkbox"/> Ningún ingreso \$ _____		

Mi firma indica que toda la información que he facilitado es verdadera y correcta. Por la presente doy permiso a esta agencia para obtener y compartir la información que he proporcionado para determinar si cumple los requisitos para recibir asistencia.

Firma del responsable: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____