

**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Remitido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Paciente Médico  Paciente Dental  Ambos

***INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA***

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IM:\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Ha usado el paciente alguna vez otro apellido?**  SÍ  NO \*Si responde SÍ, ¿qué apellido? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.° de seguro social \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_** ninguno

**Género al nacer:** Masculino Femenino

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono principal:** Casa Trabajo  Celular **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono secundario:** Casa Trabajo  Celular**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección de correo electrónico**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿En qué idioma se presta mejor atención al paciente?** Inglés Español Otro: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **¿Necesita un intérprete?**  SÍ  NO

**Estado civil:** Casado Soltero Divorciado Legalmente separado Viudo Pareja No sabe

**Raza:** Indoamericano/nativo de Alaska  Negro/afroamericano Blanco
Asiático Nativo de Hawái Nativo de otra isla del Pacífico
**Grupo étnico:** Hispano o latino Ni hispano ni latino

***CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA***

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **N.° de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***INFORMACIÓN LABORAL***

**¿Trabaja el paciente?** SÍ  NO

**Situación laboral:** Tiempo completo  Tiempo parcial No trabaja Servicio militar activo  Jubilado  Independiente

Razón social del empleador: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dirección, ciudad, código postal del empleador: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Número de teléfono del empleador:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿El paciente es estudiante?**  SÍ  NO→ *Si responde SÍ:* Tiempo completo Tiempo parcial

**¿El paciente es veterano?** SÍ NO **Situación de trabajador agrícola:**  Temporal Trabajador agrícola migratorio

**Vivienda pública:** SÍ NO **Ciudadano legal:** SÍ NO

**¿El paciente es indigente?** SÍ NO → *Si responde SÍ:* Comparte hogar  Albergue para indigentes  Calle Transición

**Necesidades especiales:** SÍ NO → *Si responde SÍ:*Deficiencia visual Deficiencia auditiva Problemas cognitivos Otra

**CONTINÚA AL REVERSO →**

***EQUIPO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE***

**¿Quién es su proveedor de atención médica primario?**  Lakeshore Community Health Care **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

  Otro: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Nombre de la clínica médica: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Quién es su proveedor de atención dental primario?**  Lakeshore Community Health Care **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

  Otro: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Nombre de la clínica dental**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***INFORMACIÓN DEL AVAL***

**¿Quién tiene la responsabilidad financiera de pagar la cuenta del paciente?**Paciente Otro → *Siga abajo ↓*

**Relación con el paciente:** Cónyuge Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor Padre de acogida Poder

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.° de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ N.° de seguro social**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_** no

**Razón social del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **N.° de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección, ciudad, estado, código postal del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cantidad de integrantes de la familia: N.°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nivel de ingreso familiar anual:**Menos de $12,140 De $12,141 a $16,460 De $16,461 a $20,780 De $20,781 a $25,100

De $25,101 a $29,420 De $29,421 a $33,740 De $33,740 a $38,060 De $38,061 a $42,380 De $42,381 a $46,700 De $46,701 a $51,020 Más de $51,021

###### ¿Tiene el paciente cobertura de seguro médico (incluido Medicaid/BadgerCare) Sí No → *si responde SÍ:* \_\_\_\_\_\_\_\_

###### ¿Tiene el paciente cobertura de seguro dental (incluido Medicaid/BadgerCare) Sí No → *si responde SÍ:* \_\_\_\_\_\_\_\_

###### *Presente las tarjetas de seguro al personal de la recepción*. *Sin información precisa del seguro, Lakeshore Community Health Care no puede presentar reclamaciones en su nombre con precisión y usted, o la persona financieramente responsable de pagar la cuenta del paciente, recibirá un resumen de los costos de todos los servicios brindados durante la visita del paciente.* *Si no tiene seguro de salud, ofrecemos una escala de tarifas móviles.*

###### Ofrecemos un programa de tarifas móviles a quienes reúnen los requisitos*.* *Llene la solicitud que se le entregó para inscribirse*.  Ya está inscrito

 ***RELACIÓN CON EL PACIENTE***

**¿Es una persona diferente al paciente responsable de las decisiones relacionadas con su atención médica?** SÍ NO → *si responde SÍ, llene abajo ↓*

**¿Está relacionado con el paciente?** SÍ NO **Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Es un padre de acogida/tutor legal?** SÍ NO ***Si es tutor, provea documentación.***

**Nombre completo del padre/tutor**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.° de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Algún otro padre/tutor legal?** SÍ NO**Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Es un padre de acogida/tutor legal?** SÍ NO ***Si es tutor, provea documentación.***

**Nombre completo del padre/tutor**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección, ciudad, estado, código postal (si es diferente a la anterior):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **N.° de teléfono: \_\_\_\_\_\_**