



COMMUNITY
HEALTH PARTNERS

Información de Paciente Establecido (Renovar anualmente)

Por favor complete toda la información en ambos lados de esta forma.

Nombre Legal del Paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

No se necesita tener un número de seguro social para recibir servicios.

Género en su Certificado de nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Mes/Día/Año

Otros nombres que haya usado: _____

Padre o Tutor legal (si es menor de 18): _____

Dirección de correo: _____

Número y calle o Apartado Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil: _____

Si trabaja, Empleador: _____ Estatus de Empleo: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo

¿Es Usted Veterano? ☐ Sí ☐ No

En los últimos dos años:

1. ¿Se ha mudado Ud. a un área nueva para trabajar en granja o rancho? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Ha trabajado Ud. en un rancho por temporada? ☐ Sí ☐ No

¿El año pasado ha vivido Ud. en un albergue, refugio, hogar transitorio, en su vehículo, o en la calle, o se ha quedado Ud. temporalmente con su familia o con sus amigos? ☐ Sí ☐ No

Sexualidad: ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Heterosexual o derecho ☐ Bisexual
☐ Algo diferente ☐ No sabe ☐ Prefiere no compartir esta información

Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transexual Masculino: Femenino a Masculino
☐ Transexual Femenino: Masculino a Femenino ☐ Género no binario ☐ Otro
☐ Prefiere no compartir esta información

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Número de Teléfono: _____ Relación con Ud.: _____

¿Quién es responsable por los cobros de hoy? (adulto mayor de 18 años) ☐ Yo ☐ Otro (¿Es un miembro de su familia o su patrón responsable del cobro de hoy?)

Sólo complete esta información si seleccionó otro

Nombre: _____ Relación con esta persona: _____

Dirección: _____

No. de Seguro Social _____ Teléfono (C) _____ (T) _____

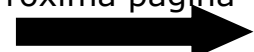
Fecha de Nacimiento _____ Empleador _____

Mes/Día/Año

SCAN:
Doc Type: Business Office Doc
Doc Desc: CHP Annual Update
E Label



Próxima página



☐ Yo estoy en la escala de CHP y mis cargos de hoy deben serdescontados usando mi escala.

¿Tiene seguro que pague por esta visita? (Por favor marque todo lo que aplica)

☐ Seguro Privado ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Healthy Montana Kids
☐ Compensación del Trabajador ☐ Cobertura de Automóvil

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Compañía de Seguros: _____ Número de Identificación de Seguro: _____
Mes/Día/Año

Si Ud. no trae su tarjeta de seguros con usted, por favor tráigala tan pronto como le sea posible o recibirá una cuenta por la cantidad total.

Community Health Partners recibe financiamiento federal. Por eso, nos solicitan que preguntemos las siguientes preguntas. Toda esta información será estrictamente confidencial. Esta información será requerida una (1) vez al año si Ud. no está en nuestra escala de descuento.

Instrucciones: Empieza con eligiendo su tamaño de familia. Próxima, elija **un cuaderno esta fila** que mejor describa su situación.

¿Cuál es su ingreso anual?

Tamaño familia	Ingreso	Ingreso	Ingreso	Ingreso
1	☐ \$0 to \$13,590	☐ \$13,591 to \$20,385	☐ \$20,386 to \$27,180	☐ \$27,181 y más
2	☐ \$0 to \$18,310	☐ \$18,311 to \$27,465	☐ \$27,466 to \$36,620	☐ \$36,621 y más
3	☐ \$0 to \$23,030	☐ \$23,031 to \$34,545	☐ \$34,546 to \$46,060	☐ \$46,061 y más
4	☐ \$0 to \$27,750	☐ \$27,751 to \$41,625	☐ \$41,626 to \$55,500	☐ \$55,501 y más
5	☐ \$0 to \$32,470	☐ \$32,471to \$48,705	☐ \$48,706 to \$64,940	☐ \$64,941 y más
6	☐ \$0 to \$37,190	☐ \$37,191 to \$55,785	☐ \$55,786 to \$74,380	☐ \$74,381 y más
7	☐ \$0 to \$41,910	☐ \$41,911 to \$62,865	☐ \$62,866 to \$83,820	☐ \$83,821 y más
8	☐ \$0 to \$46,630	☐ \$46,631 to \$69,945	☐ \$69,946 to \$93,260	☐ \$93,261 y más
9+	¿Cuánta gente vive con Ud.? _____ ¿Cuál es el ingreso anual total? \$ _____			
☐ No quiero compartir esta información.				

Firma _____ Fecha _____

For Office Use Only

Slide Status: Active ☐ Date Expired _____

Patient Declined Slide ☐ Will Return Ppwk by: _____

Entered by _____ Date _____

Double Check _____ Date _____

SCAN:
Doc Type: Business Office Doc
Doc Desc: CHP Annual Update
E Label



B u s O f f i c e D o c