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

BusOfficeDoc

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:_____

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 $12,880 | ❑ $12,881 to $19,320 | ❑ $19,321 to $25,760 | ❑ $25,761 y más |
| 2 | ❑ $0 to $17,420 | ❑ $17,421 to $26,130 | ❑ $26,131 to $34,840 | ❑ $34,841 y más |
| 3 | ❑ $0 to $21,960 | ❑ $21,961 to $32,940 | ❑ $32,941 to $43,920 | ❑ $43,921 y más |
| 4 | ❑ $0 to $26,500 | ❑ $26,501 to $39,750 | ❑ $39,751 to $53,000 | ❑ $53,001 y más |
| 5 | ❑ $0 to $31,040 | ❑ $31,041 to $46,560 | ❑ $46,561 to $62,080 | ❑ $62,081 y más |
| 6 | ❑ $0 to $35,580 | ❑ $35,581 to $53,370 | ❑ $53,371 to $71,160 | ❑ $71,161 y más |
| 7 | ❑ $0 to $40,120 | ❑ $40,121 to $60,180 | ❑ $60,181 to $80,240 | ❑ $80,241 y más |
| 8 | ❑ $0 to $44,660 | ❑ $44,661 to $66,990 | ❑ $66,991 to $89,320 | ❑ $89,321 y más |
| **9+** | ¿Cuánta gente vive con Ud.? _____<br>¿Cuál es el ingreso anual total? $_____ | | | |
| ❑ **No quiero compartir esta información.** | | | | |

_____ _____

Firma Fecha

BusOfficeDoc

*For Office Use Only:*

*Slide Exp _____* *Entered by_____* *Date_____*

*Declined slide ppwk _____*

*Patient will return slide ppwk_____* *Double Check_____* *Date_____*

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