



Información de Paciente Nuevo: ¡Bienvenido!

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

Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_
No se necesita tener número de seguro social para recibir servicios.

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
Mes/Día/Año

Género en su Certificado de nacimiento: [ ] Masculino [ ] Femenino

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: \_\_\_\_\_ Lenguaje preferido: \_\_\_\_\_

Etnicidad: [ ] Hispano [ ] No Hispano

País de origen: \_\_\_\_\_

Raza (marque todo que aplican) : [ ] Afro-Americano [ ] Asiático [ ] Isleño del Pacífico
[ ] Blanco [ ] Nativo Hawaiano [ ] Desconocido [ ] Indio Americano/Nativo de Alaska [ ] Declinar

Si trabaja, Empleador: \_\_\_\_\_ Estatus de Empleo: [ ] Tiempo completo [ ] Medio tiempo

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

¿Es Usted Veterano? [ ] Sí [ ] No

Orientación Sexual:

- [ ] 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.: \_\_\_\_\_



SCAN:
Doc Type: Business Office Doc
Doc Desc: CHP Patient Info
E Label

Próxima página



**¿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

**Yo estoy en la escala de CHP y mis cargos de hoy deben ser descontados 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.

**¿Cuál es su ingreso anual?**

Tamaño familia	Ingreso	Ingreso	Ingreso	Ingreso
1	<input type="checkbox"/> \$0 to \$12,880	<input type="checkbox"/> \$12,881 to \$19,320	<input type="checkbox"/> \$19,321 to \$25,760	<input type="checkbox"/> \$25,761 y más
2	<input type="checkbox"/> \$0 to \$17,420	<input type="checkbox"/> \$17,421 to \$26,130	<input type="checkbox"/> \$26,131 to \$34,840	<input type="checkbox"/> \$34,841 y más
3	<input type="checkbox"/> \$0 to \$21,960	<input type="checkbox"/> \$21,961 to \$32,940	<input type="checkbox"/> \$32,941 to \$43,920	<input type="checkbox"/> \$43,921 y más
4	<input type="checkbox"/> \$0 to \$26,500	<input type="checkbox"/> \$26,501 to \$39,750	<input type="checkbox"/> \$39,751 to \$53,000	<input type="checkbox"/> \$53,001 y más
5	<input type="checkbox"/> \$0 to \$31,040	<input type="checkbox"/> \$31,041 to \$46,560	<input type="checkbox"/> \$46,561 to \$62,080	<input type="checkbox"/> \$62,081 y más
6	<input type="checkbox"/> \$0 to \$35,580	<input type="checkbox"/> \$35,581 to \$53,370	<input type="checkbox"/> \$53,371 to \$71,160	<input type="checkbox"/> \$71,161 y más
7	<input type="checkbox"/> \$0 to \$40,120	<input type="checkbox"/> \$40,121 to \$60,180	<input type="checkbox"/> \$60,181 to \$80,240	<input type="checkbox"/> \$80,241 y más
8	<input type="checkbox"/> \$0 to \$44,660	<input type="checkbox"/> \$44,661 to \$66,990	<input type="checkbox"/> \$66,991 to \$89,320	<input type="checkbox"/> \$89,321 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 Exp \_\_\_\_\_ Entered by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Declined slide ppwk \_\_\_\_\_

Patient will return slide ppwk \_\_\_\_\_ Double Check \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



SCAN:  
 Doc Type: Business Office Doc  
 Doc Desc: CHP Patient Info  
 E Label