



INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento		Número de seguro social		Sexo al nacer ( <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal      Condado
Alias (Otro nombre por el que se le conozca o prefiere que le llamen):			Número y tipo de teléfono:	
Correo electrónico:				
<b>Género (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino/Femenino a masculino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino/Masculino a femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no responder				
<b>Raza (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra isla del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indoamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco				
Idioma materno:		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Estado civil (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> No sabe		<b>Etnia (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es hispano/latino <b>¿Es usted un trabajador migratorio o familiar de un trabajador migratorio?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Servicio militar de los EE. UU. (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Actualmente sirviendo <input type="checkbox"/> Dado de baja				
<b>Vivienda (<input checked="" type="checkbox"/> uno):</b> <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Vive con familia/amigos <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otros arreglos de vivienda <input type="checkbox"/> Inestable				
<b>Directivas anticipadas</b> Entiendo que tengo el derecho a tener directivas anticipadas. <input type="checkbox"/> Actualmente tengo una directiva anticipada: <input type="checkbox"/> Testamento <input type="checkbox"/> Representante médico <input type="checkbox"/> Poder legal duradero para representación médica <input type="checkbox"/> No tengo ni quiero una directiva anticipada <input type="checkbox"/> Quiero más información sobre las directivas anticipadas Nosotros alentamos a los pacientes a completar directivas anticipadas, que le permiten declarar sus preferencias para tratamientos y elegir un agente o persona que tome las decisiones médicas en caso que usted no pueda hacerlo usted mismo o prefieran que alguien más las tome por ellos. Puede encontrar más información sobre las directivas anticipadas en nuestro sitio web: <a href="http://Walton.floridahealth.gov">http://Walton.floridahealth.gov</a> Si usted ya tiene una directiva anticipada, traiga una copia en su próxima visita; la pondremos en su expediente médico.				
<b>FDOH-Walton/Centro de Salud Comunitario Walton no niega a nadie sus servicios por motivos de raza, origen nacional, color de piel, religión, orientación sexual, incapacidad física, discapacidad, forma de pago o la imposibilidad de pagar y usa las pautas del nivel federal de pobreza recientes para establecer una escala móvil de honorarios para pacientes de bajos ingresos que califiquen. Si quiere solicitar nuestra escala móvil complete el reverso de este formulario.</b>				

FIRMA DEL CLIENTE/PADRE, MADRE o TUTOR

FIRMA DEL EMPLEADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

FECHA

**INFORMACIÓN DE CUENTA DEL PACIENTE**

Persona responsable de los pagos:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Número y tipo de teléfono:		
Dirección (si es diferente a la del paciente)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO**¿Tiene seguro de salud que cubra su afección médica o dental?  Sí  No

Nombre de la compañía de seguro	Número de póliza	Número grupal
---------------------------------	------------------	---------------

Nombre del titular de la tarjeta (el asegurado)

Entiendo que se me cobrará el precio total y que soy responsable de cualquier cargo denegado o no pagado por mi seguro. También autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud del Condado de Walton. El pago debe hacerse al momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos previamente. Las cuentas vencidas pueden ser remitidas a una agencia de cobros.

FIRMA DEL CLIENTE/PADRE, MADRE o TUTOR

FIRMA DEL EMPLEADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

FECHA

**EMPLEO**

Condición laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado	Empleador:	¿Cuál es su profesión?
	Fecha de inicio:	

**DETERMINACIÓN DE ESCALA MÓVIL**

Detalle los ingresos de su grupo familiar completo. Anote cada familiar en el hogar e incluya **TODOS** los tipos de ingresos. Para poder completar la determinación de la escala móvil, debe proveer *documentación*.

Nombre	Fecha de nacimiento	RELACIÓN FAMILIAR	Lugar de trabajo o otra fuente de ingresos	Ingresos antes de impuestos o deducciones.
1.		Paciente		\$ Semanal Quincenal Mensual
2.				\$ Semanal Quincenal Mensual
3.				\$ Semanal Quincenal Mensual
4.				\$ Semanal Quincenal Mensual
5.				\$ Semanal Quincenal Mensual
6.				\$ Semanal Quincenal Mensual
7.				\$ Semanal Quincenal Mensual
8.				\$ Semanal Quincenal Mensual

¿Paga manutención infantil?  No  Sí ¿Cuánto al mes? \$ \_\_\_\_\_¿Paga cuidado de niños?  No  Sí ¿Cuánto al mes? \$ \_\_\_\_\_

Se me proporcionó una copia de la hoja informativa de los Servicios de Atención Primaria/Planificación Familiar el \_\_\_\_\_.  
 Iniciales del entrevistador \_\_\_\_\_ (Fecha) (Iniciales del paciente)