



| 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: | | | | |
| Género (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <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 | | | | |
| Raza (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <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 | | |
| Estado civil (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <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 | | Etnia (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es hispano/latino | | |
| Servicio militar de los EE. UU. (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Actualmente sirviendo <input type="checkbox"/> Dado de baja | | ¿Es usted un trabajador migratorio o familiar de un trabajador migratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Vivienda (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <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 | | | | |
| Directivas anticipadas 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: http://Walton.floridahealth.gov Si usted ya tiene una directiva anticipada, traiga una copia en su próxima visita; la pondremos en su expediente médico. | | | | |
| 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. | | | | |

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) | | |
| <p>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.</p> | | |
| 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)