



Health for Friends  
"Healthcare that cares."

Date of 1<sup>st</sup> Appt \_\_\_\_\_

Completed App \_\_\_\_\_

Income Docs \_\_\_\_\_

Resid Docs \_\_\_\_\_

## Información del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Num. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Sexo: Varón / Hembra

Num. de teléfono \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> # \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lenguaje principal \_\_\_\_\_ Seguro actual \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Num. Teléfono# \_\_\_\_\_

Etnicidad: Negro Asiático Caucásico Hispano Indio Americano Otro \_\_\_\_\_

Estatus de Empleo: Empleado Jubilado Lisiado Otro \_\_\_\_\_

Cubierta: Poseo Alquilo Vivo con mi familia Vivo con amigos Sin hogar Otro  
\_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ # de personas en la casa \_\_\_\_\_ # de hijos \_\_\_\_\_

Usted es actualmente elegible para: Medicaid Sí / No Medicare Sí / No

Ingreso mensual actual: Ingreso incluye salario, manutención del menor, seguro social, beneficios del retiro, SSI, inhabilidad, pensión, desempleo, estampillas de comida, ingreso de la renta, indemnización del trabajador, beneficios de veterano, renta de inversión y cualquier otro rédito.

Fuente \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Fuente \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Fuente \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Fuente \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Fuente \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Fuente \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Ingreso mensual entero: Paciente \$ \_\_\_\_\_ Hogar \$ \_\_\_\_\_

**He leído y entiendo la información dada y convengo con el contrato del paciente**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_