



Ubicación del Centro de Salud:				
Patient Information			Fecha de hoy: / /	
Nombre:	Segundo:	Apellido:	Other Names:	
Home Address/Dirección del domicilio:		City/Ciudad:	State/Estado:	Zip/Código Postal:
Mailing Address/Dirección postal		City/Ciudad:	State/Estado:	Zip/Código Postal:
Teléfono de casa: () -		Teléfono celular: () -		
Fecha de nacimiento: / /		Número de Seguro Social:	¿Tiene seguro? Sí / No YES NO	

Aviso Importante
 NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales y poder otorgarle un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario hacerle algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivadas y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año. Los siguientes documentos serán aceptados como prueba: Declaración anual de impuestos, Copia del formulario W-2, Talones de pago del último mes, Copias de cheques del Seguro Social u otros ingresos recibidos. Su ingreso anual y el tamaño de su familia se utilizarán para calcular su descuento.

Miembros del Hogar		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -

Household Income					
Persona	Cantidad	Frecuencia			Empleador
Self / Usted	\$	Semanal	Mensual	Annual	
Spouse / Cónyuge	\$	Semanal	Mensual	Annual	
Child / Hijo(a)	\$	Semanal	Mensual	Annual	
Other / Otro	\$	Semanal	Mensual	Annual	
Other / Otro	\$	Semanal	Mensual	Annual	
Other / Otro	\$	Semanal	Mensual	Annual	
Other / Otro	\$	Semanal	Mensual	Annual	
Ingreso total del hogar:	\$	Semanal	Mensual	Annual	

Otros Ingresos del Hogar					
Tipo	Usted	Cónyuge	Child / Hijo(a)	Otro	Cantidad
Seguro Social					
Asistencia pública					
Pensión/Jubilación					
Cupones de alimentos					
Manutención/Pensión alimenticia					
Intereses/Otros					
Otro					
				TOTAL	\$

Declaración del Paciente: Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi conocimiento. Entiendo que la información falsa o incompleta puede descalificarme del Programa de Tarifa Ajustada y puede resultar en sanciones bajo la ley federal. Acepto notificar al Centro de Salud si mis ingresos cambian.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____