

Nuevo Formulario de Cliente Adulto

Clínica Jim Meyer
410 N. 4th St. Longview, TX 75601
903-234-8808 *Fax: 903-234-1108

La clínica mencionada arriba es parte de un Centro de Salud de la Comunidad y toda la información solicitada es para fines estadísticos. Toda la información es estrictamente confidencial en medida en que lo permita la ley. No se divulgará información de identificación sin su consentimiento. La información solicitada permite al personal apropiada que pueda evaluar a cada cliente para determinar su elegibilidad para nuestros programas; por lo tanto, le solicitamos que complete este documento en su totalidad.

Fecha: _____ **Historia médica #:** _____ **Edad:** _____

Nombre _____ **Nombre preferido (si corresponde)** _____
Dirección _____ **Ciudad/Estado** _____ **Condigo** _____ **Condado** _____
Número de teléfono principal _____ **Otro número de teléfono** _____ **Correo electrónico** _____ **Fecha de nacimiento** _____

Manera de contacto preferido

Teléfono Sí No [Está bien dejar un mensaje: Sí No]

Correo: Sí No No quiero comunicación _____

Correo electrónico: _____

Estado Civil

Soltero Casado Viviendo como pareja doméstica Divorciado Viudo Otro

Preferencia sexual

Heterosexual Homosexual Bisexual Otro Niego a contestar

Género (al nacer)

Hombre Mujer

Transgénico

Sí No Niego a contestar

Hombre a Mujer Mujer a Hombre

Estado de nacimiento/País

Número de Seguro Social

Número de Licencia de Conducir _____ **Estado de Emisión** _____ **Fecha de vencimiento** _____

Idioma Preferido

inglés
español
otro

Raza

blanco/caucásico

indio americano/nativo de Alaska

asiático

negro/afroamericano

isleño del pacífico/hawaiano

multirracial

otro

Niego a contestar

Etnicidad

Hispano

No hispano

Sin hogar Sí No**Trabajador agrícola** Sí No**Veterano militar de los Estados Unidos** Sí No**Tamaño de la familia (Número de personas que viven en su hogar)****Sueldo total del hogar familiar (anual)****Estudiante**

Tiempo completo

Medio tiempo

Otro

Por favor, proporcione su información de emergencia a continuación.

Nombre Relación Número de teléfono Dirección

¿Sabe esta persona que es paciente de nuestra clínica? Sí No

Cuidador primario

(La persona responsable de proporcionar la atención diaria para el paciente. Documentación correspondiente apropiada se debe proporcionar.)

No aplicable, no tengo un cuidador primario

Igual que el contacto de emergencia

Nombre Relación Número de teléfono

Guardián Legal

(Persona designada por la Corte para tomar decisiones de atención médica en lugar del paciente. Documentación correspondiente apropiada se debe proporcionar.)

No aplicable, no tengo un guardián legal

Igual que el contacto de emergencia

Nombre Relación Número de teléfono

Representante legal en asuntos de cuidado de salud

(Persona designada para tomar decisiones de atención médica en su lugar. Documentación correspondiente apropiada se debe proporcionar.)

No aplicable, no tengo un representante legal en asuntos de cuidado de salud

Igual que el contacto de emergencia

Nombre Relación Número de teléfono

Información Médica

Nombre del médico de atención primaria

Dirección

Número de teléfono

Otro Profesional Médico

Dirección

Número de teléfono

Nombre de especialista (médico)

Dirección

Número de teléfono

Nombre de la Farmacia Preferida

Dirección

Número de teléfono

¿Tiene una Directiva anticipada para la atención médica?

No Sí, No Resucite Poder Notarial Médico Testamento Vital

Sólo para pacientes de maternidad

No aplicable

¿Recibió este cuidado de nuestras clínicas? Sí No

Para su embarazo actual, ¿en qué mes de su embarazo recibió atención por primera vez?

Complete las preguntas que siguen sobre el seguro

¿Usted o alguien en su hogar tiene Medicaid, Medicare, Chip, V.A. u otro cobertura de seguro?

Sí No Si, tienen, ¿con quién?

¿Qué tipo de seguro de salud tiene?

Nada/por su cuenta

Militar

Plan de Medicare

Plan de Medicaid

Seguro privado

Número de plan

Número de Grupo

Aseguradora privada

Proveedor de PCP si es política de HMO

Información del asegurado

Nombre

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número de Seguro Social

Información de la empresa/patrón del asegurado

Nombre

Dirección

Número de teléfono

Marketing

¿Cómo se enteró sobre nuestros servicios?

Amigo/Pariente

Anuncio publicado

En radio/tele

Internet

Referencia

Evento comunitario

Otro

Al firmar este formulario, autentifico que todas las declaraciones que he hecho, incluyendos mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en proporcionar a al paersonal de elegibilidad toda la información necesaria para probar las declaraciones sobre mi elegibilidad. Entiendo que proporcionar información falsa puede dar como resultado la descalificación y el reembolso de los servicios. Si mi ingreso o la cantidad de personas en mi hogar cambia, notificaré al personal de elegibilidad.

Firma del cliente o padre/tutor o poder notarial

Fecha

Firma de la persona que ayudo a completar este formulario

Fecha

Recibido por (Personal)/Título

Fecha