CIFC Health

## Información del Paciente

| Apellido: | Nombre: | I.M. | Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Dirección: | Apt/Piso: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Farmacia Principal (incluya dirección): | Doctor Primario/Cabecera: |
|---|---|
| | |

## Seguro

| ¿Tiene Seguro de Salud? ☐ SÍ ☐ NO | Si NO, ¿le gustaría saber si califica para? ☐ Seguro de salud – Access Health CT ☐ Asistencia financiera (escala de tarifas variables) |
|---|---|

**PRINCIPAL**

| Nombre de la Compañia: | | ID #: | Grupo #: |
|---|---|---|---|
| Apellido: | Nombre: | Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): | Relación con el Paciente: |
| | | | |

**SECUNDARIO**

| Nombre de la Compañia: | | ID #: | Grupo #: |
|---|---|---|---|
| Apellido: | Nombre: | Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): | Relación con el Paciente: |
| | | | |

## Persona Responsable del Pago

**Persona Responsable del Pago: ☐ Paciente (si marca, pase a la siguiente sección) ☐ Padre/Madre/Guardian ☐ Cónyuge ☐ Otro: _____**

| Apellido: | Nombre: | I.M. | Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): | Teléfono: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Dirección: | Apt/Piso: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## Ingresos — CIFC Health recibe subvenciones federales que requieren que solicitemos esta información.

| # de Personas en el Hogar: _____ | Ingreso Familiar: $_____ | ☐ Anualmente<br>☐ Mensual: ¿Cuántos meses/año? _____<br>☐ Semanal: ¿Cuántas semanas/año? _____ |
|---|---|---|

## Información Requerida

**¿Está sin Hogar?**
☐ **SÍ** (Seleccione abajo) ☐ **NO** (Omitir abajo)
- ☐ Viviendo con otra familia (compartiendo vivienda)
- ☐ Calle
- ☐ Refugio para personas sin hogar (estancia temporal/nocturna)
- ☐ Transicional (vivienda temporal prolongada)
- ☐ Otro: _____

**Estado Civil:**
- ☐ Soltero(a)
- ☐ Separado(a)
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Casado(a)
- ☐ Juntos
- ☐ Viudo(a)

**Estado Laboral:**
- ☐ Jubilado(a)
- ☐ Empleado/a – Tiempo completo
- ☐ Empleado/a – Medio tiempo
- ☐ Trabajador(a) por cuenta propia
- ☐ Desempleado(a)
- ☐ Estudiante – Tiempo completo
- ☐ Estudiante – Medio tiempo
- ☐ N/A (Niño)

**Etnicidad:**
Hispano/Latino
- ☐ Sí
- ¿Cuál país: _____
- ☐ No hispano/latino
- ☐ Prefiero no responder

**Raza:**
- ☐ Blanco(a)
- ☐ Negro/a o afroamericano/a
- ☐ Asiático/a:
- ¿Cuál país: _____
- ☐ Nativo americano/nativo de Alaska
- ☐ Nativo hawaiano
- ☐ Otro isleño del Pacífico
- ☐ Prefiero no responder

**Sexo Asignado al Nacer:**
- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

**¿Es usted Veterano/a?**
- ☐ SÍ
- ☐ NO

**Trabajador Migrante:**
☐ SÍ ☐ NO

**Trabajador Temporal:**
☐ SÍ ☐ NO

**Preferencia de Idioma:**
- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Portugués
- ☐ Otro: _____

**¿Necesita Traductor?**
- ☐ SÍ
- ☐ NO

| Firma del Paciente/Guardian: | Fecha: |
|---|---|
| | |

**CIFC Health Office Use Only:**

| 1. Photo ID was: | 2. Insurance Card was: | 3. Documents Given: | 4. Financial Assistance Eligibility: | 5. Data Consent: |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Copied/Scanned | ☐ Copied/Scanned | ☐ Welcome Letter/PCMH Packet<br>☐ ROI Update (BH) | ☐ Addressed | ☐ Response documented in eCW |

**Staff Initials: _____**