



# Formato de Datos y Eligibilidad del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA RECIBIR SERVICIOS, DEBE MOSTRAR UNA IDENTIFICACION CON FOTO ("ID"), ENTREGAR COMPROBANTE DE DOMICILIO QU EMUESTRE QUE ES RESIDENTE DEL CONDADO DE HAMILTON Y COMPROBANTE DE INGRESOS QUE SE ENCUENTREN EN LOS LIMITES INDICADOS EN LA PARTE POSTERIOR.**

- Identificación: Licencia de conducir, pasaporte, ID de la Escuela (menores/estudiantes), ID del Estado de Indiana. No photocopies.
- Comprobante de Domicilio aceptable: Licencia de conducir, contrato de arrendamiento o hipoteca, bill del agua, electricidad o gas, estado de cuenta bancario, carta de escuela, referencia de un fideicomisario del Condado de Hamilton.
- Comprobante de Ingresos aceptable: Estado de cuenta bancario que muestre depósitos directos de su empleador, formato de impuestos W-2, talonario de nómina, cheques de nómina, carta de su empleador donde se indiquen sus ingresos, carta de pensión o de beneficios de discapacidad/seguridad social, carta de la escuela que verifique que el niño está en almuerzo gratis/reducido.

Numero de Integrantes de Familia:	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso Anual:	\$33,975/A.	\$45,775/A.	\$57,575/A.	\$69,375/A.	\$81,175/A.	\$92,975/A.	\$104,775/A.	\$116,575/A.
Ingreso Mensual:	\$2,831/me.	\$3,815/me.	\$4,798/me.	\$5,781/me.	\$6,765/me.	\$7,748/me.	\$8,731/me.	\$9,628/me.

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Genero:  Femenino  Masculino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de Padre /Madre o Guardian legal (si el paciente es menor de 18) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  No Residencia

Street Address Apt # City Zip Code

Condado:  Adams  Clay  Delaware  Fall Creek  Jackson  Noblesville  Washington  Wayne  White River

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Permiso para texto/llamadas?  Si  No Permiso para dejar mensaje con información Médica?  Si  No

Permiso para mandarle email?  Si  No

Lenguaje:  Inglés  Español  Árabe  Otro \_\_\_\_\_ Necesita intérprete?  Si  No País de Nacimiento \_\_\_\_\_

Raza/Etnicidad:  Blanco  Hispano/Latino  Asiático  Afroamericano  Hawaiano/Pacífico  Indio Americano/Alaska  Other \_\_\_\_\_

Estatus Marital:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo Es padre/madre soltera?  Si  No

Habitantes en casa \_\_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_\_ hijos Ingresos \$ \_\_\_\_\_ por  Semana  2 semanas  mes  año

Empleado: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Si está desempleado, cuando y donde fue su último trabajo? \_\_\_\_\_

Si no tiene empleo, por favor incluya otros ingresos (i.e. ahorros) de los cuales está dependiendo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Qué seguro médico tiene?  Ninguno  Médico  Dental  Vision  Medicare  Medicaid  Medicaid de Emergencia

¿Dónde recibe cuidado médico?  Ningún Lugar  ER  Riverview  St. Vincent Primary Care  Otro

¿Fuma?  Si  No ¿Vapea?  Si  No ¿Alguien fuma en casa?  Si  No ¿Alguien vapea?  Si  No

¿Cuándo fue la última vez que vio un dentista?  Nunca  1-2 años  3-5 años  5-10 años  Más de 10 años