

**Yavapai County Community Health Services
Community Health Center of Yavapai**

Patient Label

Apellido: _____	Primer Nombre: _____	Inicial: _____	Apodo: _____
------------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------------

Numero de Seguro Social*: _____ **Sexo** F M **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
Mes / Día / Año

Dirección donde recibe

Correro: _____
Ciudad Estado Código Postal

¿Permiso de enviar resultados de análisis a esta dirección?: Si No

Domicilio de

Casa: _____
(Si es diferente a su dirección de correo) Ciudad Estado Código Postal

Demographics	<ul style="list-style-type: none"> Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Hispano <input type="checkbox"/> Blanco/No-Hispano <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de América/Alaskano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otra _____
	<ul style="list-style-type: none"> Indique su estado de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Sin empleo
	<ul style="list-style-type: none"> Indique su estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro(a)
	<ul style="list-style-type: none"> Indique si usted es estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No Soy Estudiante
	<ul style="list-style-type: none"> ¿Es usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si contestó que sí, está recibiendo cuidados Médicos por la VA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Numero de teléfono donde podemos contactar: _____ **¿Podemos dejar un mensaje?** Si No

Numero Alternativo: _____ **¿Podemos de dejar mensaje?** Si No

UDS	<ul style="list-style-type: none"> ¿Usted vive en un asilo para personas sin hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<ul style="list-style-type: none"> ¿Usted es un emigrante o trabajador agrícola estacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<ul style="list-style-type: none"> Lengua Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra: _____
	<ul style="list-style-type: none"> Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de América/Alaskano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> No sé
	<ul style="list-style-type: none"> Etnicidad <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No sé

¿Tiene usted seguro medico?

Si - Por favor complete abajo No- Complete forma atrás

Información de Seguro Medico	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene usted Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Si ID # _____ <input type="checkbox"/> No
	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene usted AHCCCS? <input type="checkbox"/> Si Nombre de Plan: _____ ID# _____ <input type="checkbox"/> No
	<ul style="list-style-type: none"> Otros Seguros Médicos -Nombre de Seguro: _____
	<ul style="list-style-type: none"> ID#: _____ Grupo # _____ Fecha de Efectividad: _____
	<ul style="list-style-type: none"> Nombre del poseedor de la póliza: _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	<ul style="list-style-type: none"> Dirección del poseedor de la póliza si difiere del patientet: _____
	<ul style="list-style-type: none"> Fecha de nacimiento del poseedor de la póliza: _____ Numero de Seguro Social*: _____
	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de Empleador del poseedor de la póliza: _____ Número telefónico del empleador : _____

Pacientes con seguro medico: Por favor presente su tarjeta a la recepcionista. Sus ingresos pueden calificar para pagar menos. Me niego a proporcionar información de ingresos _____ o si acepta y marque sus ingresos bajo al tamaño de su familia.

Numero de personas en su familia	<=100% FPL	101 - 125% FPL	126 - 150% FPL	151-175% FPL	176-200% FPL	201-225% FPL	226 - 250% FPL	251% > FPL
1	\$0 - 10,830	10,831 - 13,538	13,539 - 16,245	16,246 - 18,9563	18,954 - 21,660	21,661 - 24,368	24,369 - 27,075	27,076 % >
2	\$0 - 14,570	14,571 - 18,438	18,439 - 21,855	21,856 - 24,498	25,499 - 29,140	29,141 - 32,783	32,784 - 36,426	36, 426 >
3	\$0 - 18,310	18,311 - 22,888	22,889 - 27,465	27,466 - 32,043	32,044 - 36,620	36,621 - 41,198	41,199 - 45,775	45,776>
4	\$0 - 22,050	22,051 - 27,563	27,564 - 33,075	33,076 - 38,588	38,589 - 44,100	44,101 - 49,613	49,614 - 55,125	55,126 >
5	\$0 - 25,790	25,791 - 32,238	32,239 - 38,685	38,686 - 45,133	45,134 - 51,580	51,581 - 58,028	58,029 - 64,475	64,476>
6	\$0 - 29,530	29,531 - 36,913	36,914 - 44,295	44,296 - 51,678	51,679 - 59,060	59,061 - 66,443	66,444 - 73,825	73,829 >
7	\$0 - 33,270	33,271 - 41,588	41,589 - 49,905	49,906 - 58,223	58,224 - 66,540	66,541 - 74,858	74,859 - 83,175	83,176>
8	\$0 - 37,010	37,011 - 46,263	46,264 - 55,515	55,516 - 64,768	64,769 - 74,020	74,021 - 83,273	83,274 - 92,525	92,526 >
Personas Adicional	3,740	4,675	5,610	6,545	7,480	8,415	9,350	9,351

Información del la persona responsable del menor. Si usted está aquí para Salud Reproductiva o es mayor de 18 años- no complete esta sección.
Mama / Guardián
 Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Domicilio de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Papa / Guardián
 Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Domicilio de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Client Defined
 *NOTA - si es menor de 18 años:
 Si esta aquí con sus padres para Servicios de Salud Reproductiva, por favor incluya el ingreso total anual.
 Si esta aquí sin sus padres para Servicios de Salud Reproductiva, solo use **su** ingreso anual individual
Salario anual antes de impuestos \$ _____
Numero total de personas en casa que dependen de este ingreso _____
RAZA - Marque todos los que apliquen: Blanco Nativo de América/Alaskano
 Negro/Africano-Americano Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico Asiático
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino No sé

¿Quiere compartir su confidencial información de salud con alguien más? Sí No (Se le dio el PHI al paciente) _____
 ¿Actualmente tiene un Testamento Viviente? Sí No (Si su respuesta fue si, favor de proveer una copia para su archivo)

Notificación De Excepciones A Confidencialidad

YCCHS va a honrar su solicitud de no comunicarse con usted, al menos que haya un problema de salud urgente. **En ese caso, usted será contactado.** Pacientes que son identificados con un resultado positivo a una prueba de enfermedad transmitida sexualmente serán reportados al Departamento de Servicios de Salud de Arizona. Si jóvenes menores de 18 años son sospechosos de ser abusados o que están en una relación coercida/obligada YCCHS esta obligado por leyes del Estado de Arizona a reportar a las autoridades locales legales

Consentimiento

Yo autorizo y consiento el tratamiento y los servicios proveídos por YCCHS. Por la presente, yo asigno todos mis beneficios de seguro a YCCHS. Si no estoy asegurado o los servicios rendidos no están cubiertos por mi seguro medico o plan, yo entiendo que soy responsable por los cargos incurridos. Se me ha proveído una copia de YCCHS Declaración de Información de Practicas #051605

Paciente (o Guardián): _____ Fecha: _____

YCCHS firma del personal: _____ Fecha: _____

*(for billing purposes 5 U.S.C. 8552 a(b)(12) Debt Collection Act) For internal use only: New patient packet provided to patient by YCCHS staff Revised: 02/10/2010 X _____	Patient Label:
---	----------------