

¿Se debe su condición a un accidente o lesión en el trabajo?  Si  No  
¿A un accidente automovilístico?  Si  No      ¿Fecha del accidente o lesión?      /      /

**Información del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
APELLIDO
NOMBRE
INICIAL # DE SEGURO SOCIAL

Otros nombres que usa: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Sexo:  Masculino  Femenino      Estado civil:  Soltero (a)  Casado (a)  
MES DIA AÑO
 Viudo (a)  Divorciado (a)  
 Legalmente Separado (a)

Domicilio Permanente: \_\_\_\_\_  
CALLE
CIUDAD
ESTADO
CÓDIGO POSTAL

Domicilio postal: \_\_\_\_\_  
CALLE
CIUDAD
ESTADO
CÓDIGO POSTAL

Doy permiso a recibir correo a este domicilio:  Si  No  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tipo de Teléfono:  Casa  Trabajo  Celular  Correo de Voz  Otro: \_\_\_\_\_

Doy permiso a:  Llamar Cualquier Hora – Deje Mensaje  Llamar Cualquier Hora – No Deje Mensaje  
 Llamar en la Mañana – Deje Mensaje  Llamar en la Mañana – No Deje Mensaje  Llamar en la Tarde – Deje Mensaje  
 Llamar en la Tarde – No Deje Mensaje  Nunca Llame

Teléfono alterno: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tipo de Teléfono:  Casa  Trabajo  Celular  Correo de Voz  Otro: \_\_\_\_\_

Doy permiso a:  Llamar Cualquier Hora – Deje Mensaje  Llamar Cualquier Hora – No Deje Mensaje  
 Llamar en la Mañana – Deje Mensaje  Llamar en la Mañana – No Deje Mensaje  Llamar en la Tarde – Deje Mensaje  
 Llamar en la Tarde – No Deje Mensaje  Nunca Llame

**Empleo:**

Tiempo completo  Medio tiempo  Desempleado  Jubilado  Trabajo Voluntario  Otro: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Ingreso Anual: \_\_\_\_\_

Número de Dependientes: \_\_\_\_\_

Embarazada:  Si  No  N/A

**Grupo étnico** (Escoge hasta tres – Usted o sus hijos se identifican con esa raza o grupo étnico)

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 08 – Caucásico/Blanco | <input type="checkbox"/> 14 – Ruso/Ucraniano | <input type="checkbox"/> 20 – Japonés         | <input type="checkbox"/> 26 – De otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> 09 – Afroamericano    | <input type="checkbox"/> 15 – Aleut          | <input type="checkbox"/> 21 – Coreano         |   |
| <input type="checkbox"/> 10 – Indio Americano  | <input type="checkbox"/> 16 – Eskimal        | <input type="checkbox"/> 22 – Thaitiano       | <input type="checkbox"/> 27 – Bosniano                  |
| <input type="checkbox"/> 11 – Cambodiano       | <input type="checkbox"/> 17 – Indio Asiático | <input type="checkbox"/> 23 – Guamanio        | <input type="checkbox"/> 28 – Iraní                     |
| <input type="checkbox"/> 12 – Laociano         | <input type="checkbox"/> 18 – Chino          | <input type="checkbox"/> 24 – Hawaiano Nativo | <input type="checkbox"/> 29 – Iraquí                    |
| <input type="checkbox"/> 13 – Vietnamita       | <input type="checkbox"/> 19 – Filipino       | <input type="checkbox"/> 25 – Samoano         | <input type="checkbox"/> 30 – Otra Raza                 |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> 31 – Desconocido               |



## Información del Seguro Médico

Compañía del seguro (Principal): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

No. de póliza/# de identificación del asegurado: \_\_\_\_\_ No. del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del contratante: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente:  Mismo (a)  Esposo (a)  
 Padre o Tutor  Otro

Co-pago: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora (Secundaria): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

No. de póliza / # de identificación del asegurado: \_\_\_\_\_ No. del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del contratante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del contratante \_\_\_\_\_

Relación al Paciente:  Mismo (a)  Esposo (a)  
 Padre o Tutor  Otro

Co-pago: \_\_\_\_\_

## Formulario demográfico de la comunidad

Por favor responda a las preguntas siguientes. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte con su terapeuta durante su primera cita.

Nombre del paciente:	Identificación del Paciente:
Nombre del paciente preferido:	
Pronombres: <input type="checkbox"/> Él /Ella <input type="checkbox"/> Ella /La <input type="checkbox"/> Ellos /Ellas/Los/ Las <input type="checkbox"/> Otros _____	

### Identidad de género

¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado de nacimiento original (marque uno)?

Masculino  Femenino  Algo distinto  Negarse a contestar

¿Te consideras a ti mismo como (marque uno):

Hombre  
 Mujer  
 Mujer a hombre (FTM) / hombre Transgénero / hombre trans  
 Hombre a Mujer (MTF) / Mujer Transgénero / mujer trans  
 Género Queer, ni exclusivamente masculino o femenino  
 Categoría de género / Otro adicional, especifique: \_\_\_\_\_  
 Negarse a contestar

### Orientación Sexual

¿Te consideras a ti mismo como (marque uno):

Heterosexual (ni gay, ni lesbiana)  Lesbiana, gay, u homosexual  Bisexual  
 Algo más, especifique: \_\_\_\_\_  No sé  Me niego a contestar

### Estado Migratorio y Temporal de Trabajadores Agrícolas

En los últimos dos años, ¿ha trabajado usted o un miembro de su familia en la agricultura / ganadería, silvicultura o pesca como su principal empleo incluyendo, pero no limitado a: Preparar, regar o pulverizar los campos, viveros, huertos; Plantación, recolección, clasificación, embalaje o transporte de frutas, verduras, granos, nueces, plantas, tabaco, lúpulo, flores, hierba, alfalfa, heno u otros productos agrícolas; Plantar árboles, trabajar con árboles de Navidad, recoger agujas de pino o musgo español; ¿Trabajan en granjas que producen pollo, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, caballos, pescados, mariscos, etc.?

Si  No

¿Ha dejado usted o un miembro de su familia de migrar a trabajar en la agricultura debido a la discapacidad o la vejez?

Si  No

En los últimos dos años, ¿ha establecido usted o un miembro de su familia un hogar temporal para trabajar en la agricultura?

Si  No

En los últimos dos años, ¿ha trabajado usted o un miembro de su familia en la agricultura sobre una base estacional sin la necesidad de establecer un hogar temporal?

Si  No

### Estado de la vivienda

¿Actualmente vive con amigos o familiares, en su auto, en un refugio, en un hotel o en la calle?  Si  No

En caso afirmativo, elija una de las siguientes opciones que mejor describa su situación actual:

compartir una habitación con varias personas por tiempo limitado  albergue  Calle  Vivienda de Transición  Me niego a contestar

### Otros Demográficos

¿Es usted un veterano de los EE.UU.?  Si  No

### Reconocimiento del Paciente

He leído y entendido la información anterior y declaro que la información proporcionada es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Solicitud para la Escala de Descuento de Tarifas

Para cumplir con las regulaciones federales y proporcionarle un descuento en los servicios de Sea Mar, es necesario que llene este formulario, conteste algunas preguntas personales y proporcione una prueba de ingresos. Sus respuestas se guardarán en archivo y en estricta confidencialidad.

Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Identificación del paciente:
Tamaño del hogar:	Ingresos anuales:	<input type="checkbox"/> Elijo <u>NO</u> proveer mis ingresos.

**Opto por no solicitar la escala de descuento de tarifas.** Por favor, firme y date abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Yo elijo aplicar para el descuento de escala de tarifas.** La escala de tarifas deslizantes está disponible para todos los pacientes, independientemente del estado del seguro. Si tiene un seguro, el descuento de la escala de tarifas deslizantes puede aplicarse a los cargos no cubiertos por el seguro. Complete el formulario completo para determinar el descuento elegible.

Los miembros del hogar	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)	SEGURO DE SALUD	RELACIÓN	PACIENTE DE SEA MAR?	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					

FUENTE DE INGRESO	INGRESOS ANUALES	Para ti	Para el conyuge	Para niños	Para Otros	Sub Total
	Salarios Brutos, Salarios, Tips					\$
	Seguridad Social y Pensiones					\$
	Beneficios de Anualidad y Veteranos					\$
	Mantenimiento de hijos y pensión alimenticia					\$
	Autoempleo y Otros					\$
	Por "otro", por favor explique:					
<b>TOTAL</b>					\$	

Al firmar abajo, estoy de acuerdo en proveer a los Centros de Salud Comunitarios de Sea Mar una prueba de ingresos para todas las personas mencionadas arriba. Aceptable prueba de ingresos incluye, pero no se limita a, declaraciones de seguridad social, talones de cheque de pago (dos más recientes), carta de asistencia pública, formulario de declaración de impuestos, formulario W-2, talón de cheque de L & I, talón de cheque de desempleo.

Entiendo que se me pedirá que vuelva a solicitar la escala de tarifas por lo menos una vez al año para que Sea Mar pueda mantener una solicitud actualizada en el archivo. Certifico que la información proporcionada es exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si a sabiendas doy información falsa que resulte en ayuda para la cual no soy elegible, estaré sujeto a procesamiento criminal. Doy mi consentimiento para liberar cualquier información de cualquier fuente necesaria para verificar la información que he dado.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

El paciente es elegible para la escala de descuento de tarifas:  Si  No SFS Status (escoge uno): A B C D E F  
 POI solicitado: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ POI recibidos: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_