

COACHELLA VALLEY VOLUNTEERS IN MEDICINE (CVVIM)

2018 FORMA DE REGISTRO PARA PACIENTES

(Por Favor de Deletrear)

Fecha de hoy: / /	Corta descripción de la razón de su visita de hoy:	MR #			
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento: / /	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgenero <input type="checkbox"/> Femenina	¿Tiene un Nombre Preferido?
Estatus Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión <input type="checkbox"/> Casado Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro		Número de Seguro Social <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO # / /		Verificación de Dirección: (Make copy for file) <input type="checkbox"/> Pago de Gas <input type="checkbox"/> Declaración de <input type="checkbox"/> Pago de Electricidad Impuestos de <input type="checkbox"/> Pago de Teléfono Propiedad <input type="checkbox"/> Otro Pago o Declaración con su Dirección <input type="checkbox"/> Pacientes sin hogar (No requiere pruebas)	
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:		
Teléfono Primario: ()		Teléfono Secundario: ()		Numero de Identificación con Foto: Tipo de Identificación:	
Email Address: @			¿Es Usted Ciudadano Americano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Raza/Etnia <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Otro		Idioma Principal de Leer: _____ Idioma Principal de Habla: _____ <input type="checkbox"/> Proficiencia limitado del Ingles		Persona de contacto en caso de Emergencia: Nombre: _____ Relación: _____ Numero de Teléfono: _____	
INFORMACION DE EMPLEO					
Información de Empleo (Para persona(s) en el hogar que estén trabajando)		Clase de Trabajo: <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agricultura / Agricultor <input type="checkbox"/> Jardín / Jardinero <input type="checkbox"/> Ama de llaves (Housekeeper) <input type="checkbox"/> Hotel / Motel <input type="checkbox"/> Mantenimiento / Conserje <input type="checkbox"/> Restaurantes / Servicios de Comida <input type="checkbox"/> Cuidado de Salud / Cuidado en el Hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____		Situación Laboral: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado – Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado / Retirado <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Trabajador/ a por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Está Trabajando Actualmente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Nombre de Empleador?:			
¿En qué Ciudad Trabaja?					
¿Ha estado usted en la Sala de Emergencia en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿Si contesto si, en cual Hospital? <input type="checkbox"/> Eisenhower Medical Center (Rancho Mirage) <input type="checkbox"/> JFK Memorial Hospital (Indio) <input type="checkbox"/> Desert Regional Medical Center (Palm Springs) <input type="checkbox"/> Riverside County Regional Medical Center (Moreno Valley)		
¿Si Contesto SI, Cuantas visitas ha hecho a la Sala de Emergencia el último año? _____					
¿Por quién fue referido a CVVIM?					

COACHELLA VALLEY VOLUNTEERS IN MEDICINE (CVVIM)

2018 FORMA DE REGISTRO PARA PACIENTES

(Por Favor de Deletrear)

Fecha de hoy: / /	Nombre del Paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
-----------------------------	--

TAMAÑO DEL HOGAR Y VERIFICACIÓN DE INGRESO

Número de Personas en el Hogar	Ingreso Anual de Todas las Personas en el Hogar (200% de 2016 FPL)
1	\$0 - 24,120
2	\$24,121 - 32,480
3	\$32,481 - 40,840
4	\$40,841 - 49,200
5	\$49,201 - 57,560
6	\$57,561 - 65,920
7	\$65,921 - 74,280
8	\$74,281 - 82,640

Tamaño del Hogar: _____ **Ingreso Anual del Hogar:** \$ _____

- Prueba de Ingresos:**
- Talón de cheque(s) (make copy for file)
 - Devoluciones de Impuestos del año anterior (make copy for file)
 - W-2 (s) (make copy for file)
 - Otro: _____
- ¿Pagado en Efectivo?** SI NO

INFORMACIÓN ADICIONAL

Educación: <input type="checkbox"/> Preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> Grados K-6 <input type="checkbox"/> Grados 7-12 <input type="checkbox"/> No asistió Escuela <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Licenciatura	¿Cómo llegue a la Clínica CVVIM? <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Amigo/a o Familiar <input type="checkbox"/> Carro de Sitio <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Su empleador ofrece Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Veterano Americano: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Si Contesto SI, tiene cobertura? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		¿Si Contesto SI, es para emergencias solamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez ha aplicado para Cuidado de Salud con? Medi-Cal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Programa de Servicios Médicos para Indigentes (MISP) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cobertura de Covered California <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Seguro Privado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Si Contesto SI, tiene cobertura con? Medi-Cal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (MISP) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cobertura de Covered California <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Seguro Privado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Persona que completo la aplicación: Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Name of CVVIM Volunteer/Staff who reviewed the application:

Printed Name: _____ Date: ____/____/____