

COACHELLA VALLEY VOLUNTEERS IN MEDICINE (CVVIM)

FORMA DE REGISTRO PARA NUEVOS PACIENTES

(Por Favor de Deletrear)

Fecha de hoy: / /		Corta descripción de la razón de su visita de hoy:	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido: Nombre: Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Trans Femenina-a-Masculino <input type="checkbox"/> Trans Masculino-a-Femenina <input type="checkbox"/> Genero No Definido ¿Tiene un Nombre Preferido? _____
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	
Teléfono Preferido: ()	Teléfono Secundario: ()	Estatus Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre	
Correo Electrónico: @		¿Tiene Seguro Social?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Es Usted: <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Ciudadano Mexicano <input type="checkbox"/> Otro		Numero de Seguro Social # / /	
Persona de contacto en caso de Emergencia: Nombre: _____ Relación: _____ # de Teléfono: _____		Raza/Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra Isla de Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
¿Ha estado usted recientemente en la Sala de Emergencia? <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)	
¿SI CONTESTO SI, cuando visito la Sala de Emergencia?	¿SI CONTESTO SI, porque fue tratado?	Educación: <input type="checkbox"/> Preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> Grados K-6 <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Grados 7-12 <input type="checkbox"/> Ningún Escuela	
¿Cuántas visitas ha hecho a la Sala de Emergencia el último año?			
Modo de Transportación para llegar a la Clínica CVVIM: <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Otro			
ESTADO DE EMPLEO Y COBERTURA DE SALUD			
¿Está Trabajando Actualmente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Nombre de Empleador?:	¿Su empleador ofrece Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

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: _____	¿Alguna vez ha aplicado para Cuidado de Salud Con?: Medí-Cal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Programa de Servicios Médicos para Indigentes (MISP) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Programa de Salud del Condado de Riverside <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Seguro Privado/Cobertura de (Covered California) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
¿Nombre de la Ciudad en la que Trabaja?:		¿Tiene usted más de un Empleo / Trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COACHELLA VALLEY VOLUNTEERS IN MEDICINE (CVVIM)
FORMA DE REGISTRO PARA NUEVOS PACIENTES
 (Por Favor de Deletrear)

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

TAMAÑO DEL HOGAR Y VERIFICACIÓN DE INGRESO

Número de Personas en el Hogar	Ingreso Anual de Todas las Personas en el Hogar (200% de 2014 FPL)
1	\$0 a \$17,505
2	\$31,460 (o menos)
3	\$39,580 (o menos)
4	\$47,700 (o menos)
5	\$55,820 (o menos)
6	\$63,940 (o menos)
7	\$72,060 (o menos)
8 o mas	\$80,180 (o menos)

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)
☐ Otros _____

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA EN EL VALLE DE COACHELLA
--

Verificación de Residencia en el Valle de Coachella (Fechas dentro de tres meses):

- ☐ Pago de Gas (make copy for file)
- ☐ Pago de Electricidad (make copy for file)
- ☐ Declaración de Impuestos (make copy for file)
- ☐ Pago de Teléfono (make copy for file)
- ☐ Talón de cheque (make copy for file)
- ☐ Otro Pago o Declaración (make copy for file)
- ☐ Pacientes sin Hogar (No requiere pruebas)

Printed Name of CVVIM Volunteer/Staff that reviewed this form:
