

COACHELLA VALLEY VOLUNTEERS IN MEDICINE (CVVIM)

FORMA DE REGISTRO PARA NUEVOS PACIENTES

(Por Favor de Deletear)

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? <hr/>
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	
Teléfono Preferido: ()	Teléfono Secundario: ()	Estatus Marital: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	
Correo Electrónico: @			
Es Usted: <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Ciudadano Mexicano <input type="checkbox"/> Otro		Número de Seguro Social # / /	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Persona de contacto en caso de Emergencia: Nombre: _____		Raza/Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra Isla de Pacífico <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	
¿Cuantas 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	

<p>Clase de Trabajo:</p> <p><input type="checkbox"/> Construcción</p> <p><input type="checkbox"/> Agricultura / Agricultor</p> <p><input type="checkbox"/> Jardín / Jardinero</p> <p><input type="checkbox"/> Ama de llaves (Housekeeper)</p> <p><input type="checkbox"/> Hotel / Motel</p> <p><input type="checkbox"/> Mantenimiento / Conserje</p> <p><input type="checkbox"/> Restaurantes / Servicios de Comida</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado de Salud / Cuidado en el Hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p>Situación Laboral:</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado – Medio Tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado – Tiempo Completo</p> <p><input type="checkbox"/> Temporal</p> <p><input type="checkbox"/> Jubilado / Retirado</p> <p><input type="checkbox"/> Deshabilitado</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador/ a por Cuenta Propia</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p> <hr/>	<p>¿Alguna vez ha aplicado para Cuidado de Salud Con?: Medi-Cal</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Programa de Servicios Médicos para Indigentes (MISP)</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Programa de Salud del Condado de Riverside</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Seguro Privado/Cobertura de (Covered California)</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>¿Nombre de la Ciudad en la que Trabaja?:</p>		<p>¿Tiene usted más de un Empleo / Trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

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

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:
