



REGISTRO DE PACIENTES

VIM NO es una clínica de atención de urgencia.

Si tiene una **EMERGENCIA MÉDICA, LLAME AL 911** o visite un centro de emergencias.
En su zona. Ofrecemos **únicamente atención médica primaria**. Actualmente no ofrecemos servicios dentales.

Los términos de nuestros Requisitos de Elegibilidad no nos permiten aceptar solicitantes que residen fuera del Valle de Coachella.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy

¿Por qué necesitas ver a un médico?

Nombre

----------------------	----------------------

Primero

Último

¿Tienes un nombre preferido?

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

mm/dd/aa

Dirección de la calle

Apto

--	--

Ciudad

Estado

Código postal

--	--	--

¿Su dirección postal es la misma que su dirección postal?

☐ SÍ ☐ NO

**Teléfono
(Principal)**

**¿Es este un teléfono
CELULAR?**

**Teléfono
(secundario)**

☐ SÍ ☐ NO

Género*

☐ Masculi
no ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ No binario ☐ Prefiero no decirlo

Estado civil

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja de hecho

Identificación con fotografía (marque una)

☐ Licencia de conducir ☐ Identificación
estatal ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta tribal nativa

Comprobante de residencia

☐ Factura de gas ☐ Factura de electricidad ☐ Factura telefónica
☐ Declaración del impuesto
sobre la propiedad ☐ Otro (factura con domicilio) ☐ Sin hogar (no se requiere
prueba)

Raza | Etnicidad

☐ afroamericano ☐ asiático-americano ☐ Blanco/caucásico
☐ hispano ☐ Latino ☐ mexicano
☐ nativo americano ☐ de Alaska ☐ Otro

Lenguaje principal (hablado)

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| ☐ Inglés | ☐ Español | ☐ Chino/Cantonés/Mandarín |
| ☐ filipino | ☐ vietnamita | ☐ Francés |

Idioma principal (Lectura)

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| ☐ Inglés | ☐ Español | ☐ Chino/Cantonés/Mandarín |
| ☐ filipino | ☐ vietnamita | ☐ Francés |

¿A quién contactamos en caso de EMERGENCIA?**Teléfono (Contacto de emergencia)**

Primero	Último	

INFORMACIÓN DE EMPLEO**¿Esta usted empleado actualmente?**

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Ha estado usted en la sala de emergencias como paciente en los últimos 6 meses?

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Quién le refirió a CVVIM?

--

Nombre de la persona u organización que le refirió a nosotros.

¿Cómo llegaste a CVVIM (marca una)?

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| ☐ Autobús | ☐ Auto | ☐ Amigo o familiar |
| ☐ Taxi | ☐ Caminar | ☐ Otro: |

VERIFICACIÓN DEL TAMAÑO DEL HOGAR Y DE LOS INGRESOS

Número de personas en su hogar (del PACIENTE) y requisitos de ingresos anuales (seleccione uno). **Los ingresos de su hogar no pueden superar el 200 % del Índice Federal de Pobreza vigente para el tamaño de su familia.**

- | | |
|--|---|
| ☐ 1 \$31,300
<i>Los ingresos anuales no pueden exceder esta cantidad</i> | ☐ 6 \$86,300
<i>Los ingresos anuales no pueden exceder esta cantidad</i> |
| ☐ 2 \$42,300
<i>Los ingresos anuales no pueden exceder esta cantidad</i> | ☐ 7 \$97,300
<i>Los ingresos anuales no pueden exceder esta cantidad</i> |
| ☐ 3 \$53,300
<i>Los ingresos anuales no pueden exceder esta cantidad</i> | ☐ 8 \$108,300
<i>Los ingresos anuales no pueden exceder esta cantidad</i> |
| ☐ 4 \$64,300
<i>Los ingresos anuales no pueden exceder esta cantidad</i> | ☐ 9+ \$11,000
<i>Cada miembro adicional de la familia.</i> |
| ☐ 5 \$75,300
<i>Los ingresos anuales no pueden exceder esta cantidad</i> | |
-

Comprobante de ingresos (marque uno)

- | | |
|---|---|
| ☐ Cheque(s) de pago
Por favor traer talones de pago
ORIGINALES.
Haremos copias para nuestros archivos. | ☐ Otro
Por favor traiga otro comprobante de
ingresos.
Haremos copias para nuestros archivos. |
| ☐ Declaración(es) de impuestos
Por favor traer las declaraciones de
impuestos del año anterior.
Haremos copias para nuestros archivos. | ☐ Sin hogar
No se requiere comprobante de ingresos. |
| ☐ W2(s)
Por favor, traiga su formulario W-2.
Haremos copias para nuestros archivos. | |
-

¿Esta usted empleado actualmente?

- ☐ SÍ ☐ NO
-

INFORMACIÓN ADICIONAL

Educación (marque una)

- | | |
|--|---|
| ☐ Diploma de escuela secundaria GED | ☐ Un poco de universidad |
| ☐ Grados K-6 | ☐ Graduado universitario |
| ☐ No hay escuela | ☐ Otro: |

¿Alguna vez ha solicitado atención médica con **Medi-Cal** ?

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Ha solicitado alguna vez atención médica a través del **Programa de Servicios para Personas Médicamente Indigentes (MISP)**?

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Alguna vez ha solicitado atención médica con **Covered California** ?

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Alguna vez has solicitado Atención Médica con una Compañía de Seguros Privada ?

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Su empleador ofrece seguro de salud?

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Es usted un veterano de los Estados Unidos?

- ☐ SÍ ☐ NO

VERIFICACIÓN

Revise su formulario para asegurarse de que se hayan respondido todas las preguntas.

Nombre de la persona que completó esta solicitud:

Primero	Último

NO COMPLETE ESTA SECCIÓN. SOLO PERSONAL O VOLUNTARIOS DE CVVIM.

Nombre

Voluntario (Nombre)	Voluntario (Apellido)