

Servicios de Salud del Condado Benton

Información Condensada – Formulario de Inscripción

Datos demográficos del cliente		Complete todas las casillas	
Apellido:		Nombre:	
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ M a F ☐ F a M		Segundo nombre:	
☐ Al presente soy cliente del Servicios de Salud del Condado Benton			
Apellido de nacimiento:		Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	
Domicilio:		Número de seguro social: (opcional)	
Dirección postal: (si es diferente a la de su domicilio)		Número de teléfono celular: () casa: () otro: ()	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Forma de comunicación que prefiere:		☐ Escrita (a través del correo) ☐ MyChart	
☐ Tel. casa: ()		☐ Celular: () ☐ Texto ()	
¿Necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No		¿Cuál es su idioma principal?	
Grupo étnico:	Raza:	Estado de vivienda:	
☐ 1 Latino/hispano	☐ 1 Asiática	☐ 1 Vivo en un Albergue	
☐ 2 No-Hispano	☐ 2 Negra	☐ 2 Vivo en casa de un programa de residencia temporal	
☐ 3 Desconocido	☐ 3 Nativo de Alaska	☐ 3 Vivo con otras personas	
☐ 4 No deseo contestar	☐ 4 Indio Americano	☐ 4 Vivo en la calle, campamentos, puentes	
☐ 5 Otro _____	☐ 5 Blanca	☐ 5 Tengo donde vivir pero no tuve en los últimos 12 meses	
	☐ 6 Nativo de Hawaii	☐ 6 No tengo donde vivir	
	☐ 7 Islas del Pacifico	☐ 7 Estoy en riesgo de no tener donde vivir	
	☐ 8 Desconocida	☐ 8 Tengo vivienda estable	

Datos de su empleo:
¿Usted o alguien en su hogar ha trabajado en agricultura/campo en los últimos 24 meses?: ☐ SI ☐ NO Si la respuesta fue SI , marque la respuesta que aplique: ☐ No tuvo que viajar muy lejos y pude regresar a casa mientras duró el trabajo (por temporadas) "Seasonal" ☐ Sí tuvo que viajar lejos y quedarme fuera de casa hasta terminar la temporada (por temporadas) "Migrant" ☐ Trabajo todo el año en el mismo lugar, con horas y salario fijos "Neither"

Persona a contactar en caso de emergencia	
Nombre:	Relación con el cliente:
Teléfono del hogar:	Celular:

Garante (persona que se responsabiliza por la cuenta)			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Domicilio:		Número teléfono hogar: ()	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Ingresos mensuales:		Número de dependientes: (en su hogar incluyéndose a usted mismo)	Descuento: (espacio para uso oficial)
¿Tiene usted seguro médico? ☐ Sí ☐ No			