

Servicios de Salud del Condado Benton

Información Condensada – Formulario de Inscripción

Datos demográficos del cliente		Complete todas las casillas	
Apellido:		Nombre:	Segundo nombre:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> M a F <input type="checkbox"/> F a M			
<input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> Escrita (a través del correo)	<input type="checkbox"/> MyChart
<input type="checkbox"/> Tel. casa: ()		<input type="checkbox"/> Celular: ()	<input type="checkbox"/> Texto ()
¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuál es su idioma principal?	
Grupo étnico:	Raza:	Estado de vivienda:	
<input type="checkbox"/> 1 Latino/hispano	<input type="checkbox"/> 1 Asiática	<input type="checkbox"/> 1 Vivo en un Albergue	
<input type="checkbox"/> 2 No-Hispano	<input type="checkbox"/> 2 Negra	<input type="checkbox"/> 2 Vivo en casa de un programa de residencia temporal	
<input type="checkbox"/> 3 Desconocido	<input type="checkbox"/> 3 Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> 3 Vivo con otras personas	
<input type="checkbox"/> 4 No deseo contestar	<input type="checkbox"/> 4 Indio Americano	<input type="checkbox"/> 4 Vivo en la calle, campamentos, puentes	
<input type="checkbox"/> 5 Otro _____	<input type="checkbox"/> 5 Blanca	<input type="checkbox"/> 5 Tengo donde vivir pero no tuve en los últimos 12 meses	
	<input type="checkbox"/> 6 Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> 6 No tengo donde vivir	
	<input type="checkbox"/> 7 Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> 7 Estoy en riesgo de no tener donde vivir	
	<input type="checkbox"/> 8 Desconocida	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			