



ALLIANCE MEDICAL MINISTRY

Aplicación Estándar

Apellido(s) _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Apellido de soltera: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY)

Numero de seguro social/ Numero de Tax ID: _____

Telefono residencial: _____ Telefono del trabajo: _____

Telefono del Celular: _____ Correo Electronico: _____

Direccion: _____

Cuidad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Condado: _____

Relacion a la persona encargada de las casa: _____

Dia de Aplicacion: _____

Como te refiriendo a esta clinica?: _____

Sexo: _____ Estado Civil: Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Casado/a Separado/a

Raza: Puedes escoger hasta dos opciones:

Norteamericano Nativo o Nativo Alaska

Asiático

Negro o Africano Norteamericano

Caucásico/Blanco

Hispano/a o Latina/o

Nativo Hawaiano o Otro Isleño pacífico

Otro

Estatus de vivienda: Sin Hogar Rentas/Alquilar Dueno de Casa/Propietario

Cuantos anos de escuela cumpliste?(1-20) _____

Cual es el grado mas alto que obtuvo?

Licencia Secundaria

Colegio/Universidad

Maestría

Eres un estudiante de tiempo completo en una Universidad/Colegio de 4 años? _____

Qué idioma prefieres hablar? _____ Leer? _____

Estatus de Residencia:

_____ Tarjeta de 72 horas para cruzar frontera _____ Tarjeta de permiso para trabajar
_____ Ciudadano de Estados Unidos _____ No Ciudadano/Residente
_____ Residente Permanente menos de 5 años _____ Residente Permanente mas de 5 años
_____ Estudiante/ Paseo/ De Paso _____ Indocumentado

Tienes Seguro Medico? Si, tienes seguro cual tipo tienes?

_____ Blue Cross Blue Shield _____ Cigna
_____ Medicaid _____ NC Health Choice
_____ Humana _____ MedCost
_____ United

Contacto de Emergencia:

(Nombre Completo) (Relacion al paciente)

(Street Address) (Telefono Residential/ De Casa)

(City, State, Zip Code) _____ / _____
(Telefono de Trabajo) (Telefono del Celular)

Miembros Adicionales de la Casa

Cuantas personas hay en su casa *incluyendo ud?* _____ (*Incluya todos los adultos y todos los menores*).

Por favor escriba el nombre, fecha de nacimiento y parentesco de todos los miembros de la casa escritos abajo:

_____ <i>Nombre Completo</i>	_____ <i>Fecha de Nacimiento</i>	_____ <i>Relacion con el paciente</i>
Esta persona trabaja? _____ Si	_____ No	
_____ <i>Nombre Completo</i>	_____ <i>Fecha de Nacimiento</i>	_____ <i>Relacion con el paciente</i>
Esta persona trabaja? _____ Si	_____ No	
_____ <i>Nombre Completo</i>	_____ <i>Fecha de Nacimiento</i>	_____ <i>Relacion con el paciente</i>
Esta persona trabaja? _____ Si	_____ No	
_____ <i>Nombre Completo</i>	_____ <i>Fecha de Nacimiento</i>	_____ <i>Relacion con el paciente</i>
Esta persona trabaja? _____ Si	_____ No	

Ingresos del Paciente:

Fuente de ingresos del paciente 1: _____
(Trabajo, beneficios de incapacidad, mantención de hijos, pension de matrimonio, etc.)

Cantidad de Ingreso: _____ por Semana/ Mes/ Año.

Fuente de ingresos del paciente 2: _____
(Trabajo, beneficios de incapacidad, mantención de hijos, pension de matrimonio, etc.)

Cantidad de Ingreso: _____ por Semana/ Mes/ Año.

Fuente de ingresos del paciente 3: _____
(Trabajo, beneficios de incapacidad, mantención de hijos, pension de matrimonio, etc.)

Cantidad de Ingreso: _____ por Semana/ Mes/ Año.

Miembro Adicionales de la Casa y sus Ingresos *(Complete solamente si otro miembro de la casa esta trabajando)*

Miembro Adicional (1)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____ 2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana

Miembro Adicional (2)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____ 2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana

Miembro Adicional (3)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____(MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana

Miembro Adicional (4)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____(MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana

Miembro Adicional (5)

Apellido: _____

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____(MM/DD/YYYY) Sexo: _____

Estado de Seguro Medico: No Seguro Medico Segurado Sin Seguro Medico

Esta persona esta trabajando o tiene propio negocio? _____

Nombre de Empleador: _____

Comprobación de Ingresos(marque uno): _____2-4 Recibos de pago

_____ Carta de empleador _____ Reciente Declaracion de impuestos

Como le pagan a esta persona? _____ Anualmente _____ Mensualmente

_____ Cada 2(dos) Semanas _____ Cada Semana