



\*\*\*\*\* FOR OFFICE STAFF ONLY \*\*\*\*\*

<input type="checkbox"/> RQ	<input type="checkbox"/> NBRP	<input type="checkbox"/> FCHS
<input type="checkbox"/> AFM	<input type="checkbox"/> NBRD	<input type="checkbox"/> SWOC
<input type="checkbox"/> SWFM	<input type="checkbox"/> HHC	<input type="checkbox"/> OOC

MRN \_\_\_\_\_ SFS Patient Type \_\_\_\_\_

## Parte I: Inscripción

**Por favor complete a lo mejor de su conocimiento. Para las áreas que no se aplican al paciente escriba "N/A".**

<b>Nombre de Paciente</b> <i>Nombre</i> <i>segundo nombre</i> <i>Apellido/s</i>			<b>Fecha de nacimiento</b> <i>mes/día/año</i> <input type="checkbox"/> menor de 18 años?		
<b>Dirección Postal completa</b> <i>Calle</i>		<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>CP</i>	<i>Condado</i>
<b>Dirección domiciliar completa</b> <i>Calle</i> <input type="checkbox"/> Igual que Postal		<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>CP</i>	<i>Condado</i>
<b>No. de Seguro Social / Tax ID</b>	<b>Raza/Grupo étnico</b> <input type="checkbox"/> Negra(o) <input type="checkbox"/> Blanca(o) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> India americana <input type="checkbox"/> Hispano	<b>Genero sexual</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	<b>¿Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

### Información de Contacto

<b>No. de teléfono principal</b> ____ - ____ - _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<b>No. De teléfono secundario</b> ____ - ____ - _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<b>No. De teléfono tercero</b> ____ - ____ - _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
<b>Contacto de Emergencia:</b> <i>Nombre</i>	<i>Parentesco</i>	<i>No. De Teléfono</i> ____ - ____ - _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
<b>¿Como fue usted referido a Wake Health Services?</b> <input type="checkbox"/> Familia/ Amistad <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Departamento de salud <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Medios de comunicación <input type="checkbox"/> Servicios sociales <input type="checkbox"/> Otro _____		
<b>Nombre de Garante</b> <i>Nombre</i> <i>Apellido</i>	<b>DOB</b> <i>MM/DD/YYYY</i>	

### Información de Seguro Medico/ Garante

<b>¿El paciente tiene seguro medico?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, continúe a la parte II.	<b>Nombre de Compañía de Seguro Principal</b>	<b>Nombre de compañía de seguro secundario</b>
<b>No. De Seguro Social/ Tax ID</b>	<b>Parentesco</b>	<b>No. De teléfono</b> ____ - ____ - _____

¿A recibido tratamiento medico por un proveedor medico en los últimos 12 meses, incluyendo en el hospital, departamento de salud, centro de urgencia, u otro consultorio medico?

Si  No Si respondió si, ¿donde? \_\_\_\_\_

### Si El Paciente Es Un Niño o Menor De Edad Por Favor Complete Debajo:

Nombre Completo del padre/madre/garante/tutor: Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

El niño vive con: \_\_\_\_\_ Pariente más cercano no en la misma casa: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

### Autorización y Declaración/ Firma en Archivo

Mediante el presente documento solicito, autorizo y doy consentimiento para cuidado medico, incluyendo procedimientos diagnósticos, pruebas de VIH, y tratamientos médicos según en relación con los problemas de salud por los cual e buscado a los servicios de Wake Health Services, Inc. (Wake Health). Autorizo a Wake Health Services a revelar información sobre mi persona a mi(s) compañía(s) aseguradora(s), Medicare o Medicaid según sea apropiado. Solicito que el pago de los beneficios del seguro médico relacionado con estas visitas se haga directamente a Wake Health Services. Entiendo que soy responsable por el pago de cualquier factura que no sea pagada por mi seguro y del copago correspondiente al momento de mi visita.

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente/Garante/tutor imprente      Firma del paciente/Garante/Tutor firma      Fecha

## Parte II: Cuestionario de Elegibilidad y Medicaid

- 1- ¿Es usted un estudiante de tiempo completo?  Si  No    Si respondió si, ¿Es usted reclamado como depende en los impuestos de un familiar?  Si  No
- 2- A aplicado usted para Medicaid o tuvo cobertura de Medicaid en el ultimo año?  Si  No

### Adulto Soltero-responda las preguntas siguientes

- 3- ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos, refugiado o permanente residente legal admitido hace cinco años?  
 Si- Continúe a la pregunta 3     No- Continúe en Parte III
- 4- ¿Tiene usted 65 años de edad o más?  
 Si- Aplique para Medicaid     No- Continúe a la pregunta 4
- 5- ¿Esta usted recibiendo beneficios de Discapacidad de Seguro Social? ¿Asido o será discapacitado por 12 meses? ¿Es usted legalmente ciego?  
 Si-Aplique para Medicaid     No- Continúe a la Parte III

### Familia con Niños – Responda las preguntas siguientes

- 3- ¿Es usted menor de 19 años, embarazada, o guardián principal de un niño viviendo en su casa menor de 19 años?  
 Si- Continúe a la pregunta 2     No- Continúe a la pregunta 3
- 4- ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos, refugiado o permanente residente legal admitido hace cinco años?  
 Si- Aplique para Medicaid     No- Continúe a la pregunta 4
- 5- A tenido una emergencia de servicio medico (En peligro de vida) durante los últimos 3 meses?  
 Si- Aplique para Medicaid Emergencia     No- Continúe a la Parte III

## Parte III: Aplicación para Plan De Descuento (SFS)

**Por favor complete el formulario, conteste TODAS las preguntas y presente TODOS los documentos aplicables a usted de las lista de documentos necesarios abajo. Al completar, por favor firme la parte de debajo de esta pagina. Aplicaciones incompletas (incluyendo falta de documentos) no serán procesadas.**

Documentos requeridos para El Plan de Descuento (SFS) (Por favor marque todo lo que aplica)		
<input type="checkbox"/> Identificación con Photo del paciente y adultos reclamados como dependes <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento, tarjeta de Seguro Social, tarjeta de Seguro Medico, ID. de escuela, para todos los dependes reclamados menor de 18 años <input type="checkbox"/> Talones de cheque que indiquen el monto bruto de los últimos 30 días del paciente y de todos los dependes reclamados o una carta de su empleador. <input type="checkbox"/> Declaración de Impuestos si, (1) trabaja por su cuenta (2) reclama adulto como depende (3) va aplicar para el programa de asistencia de medicinas o(4) recibe dividendos o ganancia de acciones	<input type="checkbox"/> Prueba de desempleo Para una carta, llame al Dep. De Empleo al 1-888-737-0259. <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Social – jubilación temprana, jubilación o incapacidad. Para obtener una copia de su carta, llame - 1-800-772-1213. <input type="checkbox"/> Prueba de Pensión <input type="checkbox"/> Prueba de manutención de niños o pensión de alimentos Contacte la corte donde fue ordenada y pida una copia de su carta <input type="checkbox"/> Prueba de residencia de condado	
<b>Por favor liste los miembros de la familia que viven en su hogar y son reclamados como dependes para propósitos de impuestos :</b> <b>Miembros total en el Hogar: _____</b>		
Nombre	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social/TIN
Nombre	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social/TIN
Nombre	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social/TIN
Nombre	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social/TIN
Nombre	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social/TIN
Nombre	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social/TIN

**\*\*\* Si usted va a aplicar para el programa de asistencia de medicinas. Necesita proveer a las compañías farmacéuticas con su declaración de impuestos para clarificar para el programa. \*\*\***

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE VIVO EN EL ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE Y QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA SEGÚN MI ENTENDIMIENTO. Asimismo, autorizo a Wake Health Services, Inc. a contactar a cualquier persona que tenga información con respecto a mi derecho a participar en los programas. Bajo pena de perjurio, afirmo que la Declaración del Impuesto Federal a la Renta y los documentos anexos que he presentado ante Wake Health Services son verdaderos, correctos y completos. Si se determina que cualquier información que he proporcionado no es exacta o si no notifico inmediatamente a Wake Health Services acerca de cualquier cambio, entiendo que seré eliminado del programa SFS y que todos los cargos por servicios entrarán nuevamente en vigencia. Asimismo, acepto hacer el copago establecido en el momento de mis visitas al médico o al dentista. Entiendo que si no hago el copago en el momento del servicio, ello ocasionará que yo sea eliminado del programa SFS.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/Garante/tutor imprente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Garante/Tutor firma

\_\_\_\_\_  
Fecha