



\*\*\*\*\* 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".

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

### Información de Contacto

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

### Información de Seguro Medico/ Garante

El paciente tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, continúe a la parte II.	Nombre de Compañía de Seguro Principal	Nombre de compañía de seguro secundario
Numero total de personas que viven en su hogar? <i>(Reportado para propósitos de impuestos)</i>	Ingreso Total del Hogar _____/ Año	
Nombre de Garante <i>Nombre</i> <input type="checkbox"/> Mismo del paciente	<i>Apellido</i>	DOB <i>MM/DD/YYYY</i>
No. De Seguro Social/ Tax ID	Parentesco	No. De teléfono ____ - ____ - _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo

¿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? \_\_\_\_\_

### 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> Miembros total en el Hogar: _____		
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