



Banyan Community Health Center

Inscripción y Registro de Evaluación Financiera

Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre	/ / Fecha
Fecha de Nacimiento : / /		No. de Seguro Social: _____	
Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono Casa # : Teléfono celular # :
Raza <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico (blanco) <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Mas de una raza		País de Nacimiento	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Situación Laboral	Empleador	Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico
Contacto de Emergencia / relación con el paciente		Teléfono.	Nombre de soltera de la madre
Tiene usted Medicaid ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene usted Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene usted seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tiene usted tarjeta de JMH? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # Tarjeta JMH _____	
Compañía de seguros: _____		Nombre completo del esposo (a) _____	
Miembro # _____		Núcleo familiar # : _____	
Grupo # _____			
Nombre de cada dependiente y fecha de nacimiento		Ingresos familiares anuales	
1. _____		<input type="checkbox"/> Under \$ 5,000	
2. _____		<input type="checkbox"/> \$ 5,000 - \$10,000	
3. _____		<input type="checkbox"/> \$10,000 - \$15,000	
4. _____		<input type="checkbox"/> \$15,000 - \$20,000	
5. _____		<input type="checkbox"/> \$20,000 - \$25,000	
		<input type="checkbox"/> \$25,000 - \$30,000	
		<input type="checkbox"/> \$35,000 - \$50,000	
		<input type="checkbox"/> Over \$ 50,000	
<i>Bajo pena de cometer perjurio, doy fe que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa. Si intencionalmente yo diera información errónea, entiendo que dejaría de ser elegible a los descuentos considerados en la escala de ingresos.</i>			
Firma: _____		Fecha: _____	
Nombre del Tutor legal: _____			
Testigo: _____			