

## Información del paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

¿Es usted:  Soltero/a  Casado/a con pareja  Viudo/a  Divorciado/a  Separado/a

Tamaño de su familia: Número en total de personas que viven en su casa: \_\_\_\_\_ (menores de edad que dependen de usted económicamente, Cónyuge/pareja, padres o suegros)

Género: Mujer  Hombre  Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

Idioma principal:  inglés  español  polaco  otro \_\_\_\_\_

¿De qué manera prefiere que nos comuniquemos con usted?  teléfono de casa  teléfono celular  Correo Electrónico

En ocasiones, Erie le enviará mensajes de texto relacionados con sus servicios médicos, inclusive recordatorio de sus citas.

Si NO QUIERE recibir mensajes de texto, por favor marque aquí

Nombre de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación/parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró usted del Centro de Salud Erie? \_\_\_\_\_

Por Favor elija uno de los siguientes:

Etnia:  Hispano/A o Latino/a  No soy Hispano/A ni Latino/a  Otra/Desconozco esta información

Raza:  Asian

Negra o Afro Americana (inclusive de ascendencia Latina o hispana)

Indio o Indígena americano/nativo de alaska (inclusive de ascendencia latina o hispana)

Blanca (inclusive de ascendencia latina o hispana)

Nativo de las Islas pacíficas o de Hawái

Multicultural

Desconozco esta información

Prefiero no responder



## Bienes

**Cuentas bancarias/Inversiones:** Por favor indique el saldo actual en cada uno de los siguientes. Si no tiene la cuenta que se indica, por favor escriba "N/A" en el espacio en blanco.

Cuenta de cheques \$ \_\_\_\_\_ Cuenta de ahorros \$ \_\_\_\_\_  
Certificados de Depósito \$ \_\_\_\_\_ Acciones/fondos de inversión \$ \_\_\_\_\_

**El/la solicitante debe presentar documentos de los saldos de cada cuenta que indicó que tiene.**

## Ingresos familiares (Únicamente se deberá llenar la información si no presentó declaración de los impuestos)

Llene esta sección **UNICAMENTE** si no puede presentar o no ha presentado todavía la declaración de impuestos del año anterior más reciente

### Ingresos por concepto de:

seguro social	\$ _____	discapacidad	\$ _____
desempleo	\$ _____	pensión alimenticia	\$ _____
empresa propia	\$ _____	rentas o derechos de autor	\$ _____
dividendos	\$ _____	intereses	\$ _____
pensión o jubilación	\$ _____		

**El/la solicitante debe presentar documentos validando cada tipo de ingreso indicado anteriormente.**

## Certificación

Afirmo que todo lo que he escrito en este formulario es la verdad y es correcto en la medida que yo sepa. Entiendo que el Centro de Salud Erie tendrá que verificar que lo que he indicado en este formulario es la verdad. Autorizo al Centro de Salud Erie que se comunique con terceros para verificar que la información sea correcta. Entiendo que si indiqué cualquier dato en este formulario que no sea la verdad, no podré obtener ayuda financiera, cualquier ayuda financiera que se me haya dado anteriormente podría ser negada y tendría que pagar los costos completos de los servicios ya descontados.

Nombre del paciente/solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente/solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Deberá ser llenado por el miembro del personal del Centro de Salud Erie

Marque el cuadro si obtuvo y verificó

- Identificación aceptable para cada miembro de la familia indicado en el formulario SFS
- Todos los nombres y las fechas de nacimiento de los miembros de la familia indicados en el formulario SFS
- Obtuve verificación aceptable de los ingresos
  - Declaración de impuestos actual
  - Talones de cheque o recibos de pago en los últimos 30 días
  - Carta de la compañía documentando ingresos anuales
  - Cartas o documentos oficiales

\_\_\_\_\_  
*Firma del miembro del personal de Erie*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de molde*

## I-CARE

La información en relación a las vacunas se le informarán a I-CARE, el registro automático de vacunas del estado de Illinois. La meta principal de I-CARE es mejorar el nivel de cobertura de menores de edad en Illinois en cuanto a sus vacunas. Al autorizar usted que reciba vacunas el menor, también autoriza que se le informe de las vacunas a I-CARE.

Firma del paciente\*: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Al firmar, doy fe que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Padre/madre/Tutor legal\*: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Al firmar, doy fe que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

---

## Deberá ser llenado por pacientes de servicios dentales

---

Fecha de la última consulta dental: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted cualquiera de las siguientes condiciones? Indique las que sean del caso

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA                    | <input type="checkbox"/> Mareos                         | <input type="checkbox"/> Ictericia                |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____          | <input type="checkbox"/> Epilepsia                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón     |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo o hemorragia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado    |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Herida en la cabeza            | <input type="checkbox"/> Problema de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco                 | <input type="checkbox"/> Desorden Nervioso        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis                      | <input type="checkbox"/> Radioterapia             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial          | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios  |

¿Ha tenido el paciente cualquier tipo de complicación después de algún tratamiento dental?  SI  No

De ser así, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Ha sido admitido el paciente a algún hospital o ha necesitado servicios de emergencia/urgencia en los últimos dos  SI  No

Si contestó que sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Está el paciente actualmente bajo el cuidado de algún médico?  SI  No

Si contestó que sí, favor de explicar \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente algún tipo de problema de la salud que requiera mayor explicación?  SI  No

Si contestó que sí, favor de explicar \_\_\_\_\_

---

Firma del paciente\*: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Al firmar, doy fe que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Padre/madre/Tutor legal\*: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Al firmar, doy fe que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.