



COOPER GREEN MERCY HEALTH SERVICES AUTHORITY

Atención para pacientes ambulatorios del condado de Jefferson

APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA HEALTH FIRST

ESTE PROGRAMA DE DESCUENTO DE ATENCIÓN DE CARIDAD NO ES UN PLAN DE SEGURO. LOS SERVICIOS MÉDICOS SON SOLO PARA LOS RESIDENTES DEL CONDADO DE JEFFERSON.

Esta sección es solo para uso de la clínica: FECHA: _____ HORA DE LLEGADA: _____ N.º de expediente médico: _____

Cita programada Sin cita Reinscripción Nueva inscripción

Sí

Residente del condado (marque una opción): No

Especialista de inscripción: _____ Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Nombre del paciente (apellido, nombre, iniciales): _____

Teléfono del paciente: _____ Casa Celular **Dirección de correo electrónico:** _____

Dirección: _____ **N.º de apartamento:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ **Edad:** _____ **Género asignado al nacer (marque una opción):** Masculino Femenino

N.º de Seguro Social: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado **Farmacia preferida:** _____

Contacto de emergencia: _____ **Relación con el paciente:** _____ **Teléfono:** _____

<p>Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> Trabajos ocasionales</p> <p>Recibe algún ingreso no ganado (marque todo lo que corresponda):</p> <p><input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Beneficios VA <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Manutención de menores <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Ingreso por contribuciones de familiares o amigos <input type="checkbox"/> Otro</p>	<p>Empleador del paciente: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>¿Ofrece su empleador un seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre del seguro _____</p> <p>Número de póliza _____</p>
--	--

Indique la información sobre el cónyuge o los hijos dependientes. Si es dependiente, indique los padres o tutores.

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Edad:** _____ **Empleado:** Sí No

Por la presente, autorizo a Cooper Green Mercy Health Services Authority (Atención para pacientes ambulatorios del condado de Jefferson) a investigar cualquier información que se haya dado, incluyendo, entre otros, la comprobación del crédito, el contacto con el empleador y el aviso de las referencias. Entiendo que si se da cualquier información falsa, seré totalmente responsable de todos los cargos, incluyendo el costo legal y los costos del abogado.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ (Revisado en octubre de 2022)