

La Información del Paciente (Por favor imprima)

Nombre: _____
Primero Medio Último

Niño Niña Raza: _____ Fecha de nacimiento : ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal _____

Telefono (incluya el prefijo local)

Preferido: _____ Casa Célular Trabajo

Alternativa: _____ Casa Célular Trabajo

Lengua Primaria: Inglés Español Vietnamita Otro

El Nombre de la Madre: _____
Primero Último

El Nombre del Padre: _____
Primero Último

Información de Parientes/Garante **Misma información anterior**

Nombre: _____

Relación a paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal _____

Telefono (incluya el prefijo local)

Preferido: _____ Casa Célular Trabajo

Información de contacto de emergencia **Misma información anterior**

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Relación a paciente: _____

Teléfono Preferido: _____ Casa Célular Trabajo



Estimados Padres de Familia:

Para que las clínicas CHOC Primary Care Clinics continúen proporcionando el cuidado médico que su niño(a) necesita, le pedimos que conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cuántos miembros de su familia viven en la casa? _____
2. ¿Cuánto gana su familia antes de la deducción de los impuestos? \$ _____
mensual
3. Fuente de ingreso de la familia (marque uno):
 - Sueldo
 - Incapacidad
 - Jubilación
 - Ayuda publica/general
 - Otras fuentes/desconocida
 - Ninguna
 - Ganancias de propio negocio
4. Clase de empleo (marque uno):
 - Ejecutivo/profesional
 - Produccion/Laboral
 - Ventas/Servicios
 - Agricultura/Forestal
 - Desempleo
 - Desconocido
 - Independiente/Propio negocio

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Además, he solicitado o aplicaré por cualquier ayuda (Medi-Cal, Healthy Families, seguridad médica, etc.) disponible para el pago de servicios médicos. Tomaré las acciones necesarias y razonables para obtener tal ayuda.

Si no cumplo con el proceso de los programas identificados podría resultar en no ser considerado para ayuda financiera.

Firma de padre/tutor _____ Relación al Paciente _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Date of Visit _____ FPL _____ <100% FAP packet given



**Primary Care Clinics
FINANCIAL QUESTIONNAIRE**

PATIENT ID