

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: mes: ____/día: ____/ año: ____ (SSN) Seguro Social ____ - ____ - ____

Dirección: Calle _____ Apartamento # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono Primario _____ Teléfono Secundario: _____

Teléfono del trabajo _____ (E-mail) Dirección electrónica _____

El Sexo del Paciente: Masculino Femenino(Estado Marital) El paciente es: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro _____

Si el paciente está casado (a), nombre del esposo o esposa: _____

¿En qué país nació el paciente? _____

¿Cuál es su lenguaje primario? _____

¿Con cuál raza o grupo étnico se identifica el paciente?

- Blanco (caucásico, medio oriental, norteafricano) Latinx/ Hispano Asiático
 Negro (afroamericano, orígenes africanos, afro hispánicos) Multirracial
 Nativo Americano/ Alaska Isleño del Pacífico/ Hawaiano Otro

¿Trabaja el paciente? No Si ¿Dónde? _____¿Tiene seguro médico o TennCare? No Si (Por favor, muestre la tarjeta en la recepción.)

¿Quién lo refirió a esta clínica? _____

Otros lugares donde el paciente ha recibido cuidado médico o social: _____

X
Firma del paciente (Padre o representante legal si el paciente es menor de 18) / /
Fecha de hoy

Lo que hay en este papel es la verdad y Siloam tiene su permiso para verificarlo a través de otros medios.

Aplicación- Programa de Tarifa Reducida

Completar esta Solicitud es requerido para recibir cuidado médico.

Favor complete la siguiente lista con el nombre del paciente y todos los de su familia que dependan del mismo ingreso:

#	Nombre de cada persona en la casa	Edad	Sexo (M o F)	Parentesco	Es paciente de Siloam? (Si o No)	Nombre del empleador (De los que trabajan)	1. Ingreso mensual de todos los que trabajan 2. Otros recursos: a. Seguro social b. Pensiones c. inversiones d. Pensión alimenticia	Si tiene Seguro de Salud Escriba el nombre de la Compañía
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
						Total Ingresos →		