

PO Box 632
908 W. Washington Street
West Bend, WI 53090
T:262-334-8339



Office Use Only Medical New ___ Update ___
Dental New ___ Update ___

Formulario de Solicitud de la Clínica Gratuita Albrecht

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre legal del solicitante **Fecha de nacimiento:** _____ **Sexo:**
M F género neutro

Si el paciente es menor de edad, favor de indicar el nombre legal completo del padre o guardián acompañante y su relación al paciente a continuación:

Teléfonos para comunicarse conmigo:

celular **teléfono fijo de casa** **otro**

Dirección _____ **ciudad** _____ **estado/código** _____

Correo electrónico _____ **Si no tiene, marque aquí** _____

Estado civil: casado/a viudo/a soltero/a **¿Veterano?** Sí No
separado/a divorciado/a

Idioma principal: _____ **¿Necesita intérprete?** Sí No

Arreglo de vivienda (favor de seleccionar uno):

___ Propietario ___ Alquiler ___ Alojamiento y comida gratis ___ Vivo con familia o amigos

___ Instalación de transición ___ Centro de rehabilitación ___ Sin hogar

_____ Otro (favor de explicar)

¿Cuál es el nivel más alto que completó en la escuela?

___ Primaria ___ Secundaria ___ Preparatoria ___ Escuela politécnica

___ Universidad ___ Maestría ___ Doctorado

¿Cómo se enteró de nosotros?

___ Familiar ___ Amigo ___ Patrón/a ___ Sitio web ___ Periódico

___ Servicios sociales/humanos ___ Doctor/hospital ___ Televisión/radio

___ de palabra

¿Es Ud. cliente de Casa Guadalupe? Sí No

Favor de proporcionar toda la información financiera a continuación:

CASADO/A - convivo con mi esposo/a o pareja

(indique toda la información con respecto a Ud. y a su esposo/a)

Fuentes de ingresos míos:

- Ninguna
- Tengo empleo
- Trabajo por mi propia cuenta
- Beneficios del seguro contra desempleo
- Seguridad social
- Pensión
- Recibo pago en efectivo
- Otra

Nombre de mi patrón/compañía: _____

Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____

Fuentes de ingresos de mi esposo/a o pareja:

- Ninguna
- Tiene empleo
- Trabaja por cuenta propia
- Beneficios del seguro contra desempleo
- Seguridad social
- Pensión
- Recibe pago en efectivo
- Otra

Nombre de su patrón/compañía: _____

Número de dependientes (si hay) mantenido por los ingresos de Uds (excluyendo a Ud.):

Adultos _____ Niños _____

SOLTERO/A - No vivo con esposo/a ni pareja

Fuentes de ingresos míos:

- Ninguna
- Tengo empleo
- Trabajo por mi propia cuenta
- Beneficios del seguro contra desempleo
- Seguridad social
- Pensión
- Recibo pago en efectivo
- Otra

Nombre de mi patrón/compañía: _____

Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____

Número de dependientes (si hay) mantenido por los ingresos míos (excluyendo a Ud.):

Adultos _____ Niños _____

SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico? Sí No

Si lo tiene, ¿qué tipo es?:

___ Badger Care ___ Patrocinado por mi empleo ___ Acta de cuidado de salud

___ Medicare: ___ parte A ___ parte B ___ parte D

¿Tiene seguro dental? Sí No

Si lo tiene, ¿qué tipo es?:

___ Badger Care ___ Patrocinado por mi empleo ___ Acta de cuidado de salud

___ Medicare: ___ parte A ___ parte B ___ parte D

¿DÓNDE HA RECIBIDO UD. ATENCIÓN MÉDICA?

¿Tiene Ud. un médico de cabecera? Sí No

Si lo tiene, escriba el nombre del doctor _____ Ultima visita _____

¿Con qué frecuencia visita Ud. la sala de emergencia? _____

¿Por cuál razón visitó Ud. la sala de emergencia? _____

FIRMA

Por la presente doy fe a que toda la información en esta solicitud es correcta a mi entender. No le he engañado a la clínica Albrecht para hacerles creer que mis necesidades son más graves de lo que son de verdad. Autorizo a la clínica a obtener cualquier información que tenga la Oficina de los Servicios Humanos del Condado de Washington sólo para poder determinar mi elegibilidad para los servicios. Entiendo que si yo o cualquier miembro de mi hogar falsifica o retiene hechos con el propósito de recibir atención médica de la clínica Albrecht, que tendré que pagar por los servicios proporcionados y que ya no me atenderán en el futuro.

Firma

Fecha de hoy

Escriba su nombre con letra de imprenta

Circule uno o los dos: Soy..... paciente **médico** paciente **dental**