



## APLICACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT APPLICATION)

**Fecha de hoy (mes/día/año) (Today's Date):**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Primer Nombre (first name)		Inicial del Segundo Nombre (middle initial)		Apellido (last name)	
	Fecha de nacimiento (mes/día/año)(Date of Birth)		Sexo (Sex) Hombre (Male)      Mujer (Female)		Número de Seguro Social (or ITIN) (Social Security Number) (or ITIN)	
	Dirección (la calle y el número) (Street Address)					
	Ciudad (City)		Estado(State)	Código postal (Zip Code)		Condado (County)
	Número de teléfono de casa (Home Phone)		Teléfono móvil (Cell Phone)		Otro Telefono (Por favor especifique cuyo teléfono es) (Other Phone:(Please specify whose phone it is))	

OTRA INFORMACIÓN	<b>Estado Civil (Marital Status):</b> Soltero (Single)    Casado (Married)    Divorciado (Divorced)    Viudo (Widowed)    Separado (Separated)			
	<b>Origen Étnico/Racial Antecedentes (Ethnic Racial Background):</b>			
	Indígena de los EE.UU. (American Indian or Alaska Native)	Afroamericano (Black/African American)		Asiático (Asian)
	Latino (Hispanic)	Nativa de Hawái o Islas del Pacifico (Hawaiian or Pacific Islander Native)		Blanco (White)
				Desconocido (Unknown)
	<b>Nivel de Educación (Education Level):</b>			
Escuela primaria terminada (Elementary – Finished)	Escuela media terminada (Middle School – Finished)		Escuela secundaria terminada (High School graduate)	
GED/HSED (GED/HSED)	Algo de universidad (College – Some)		Universidad terminada (College graduate)	
Postgrado (Post graduate)	Otro (por favor explique) (Other - please explain)			
<b>Es su idioma principal: (Primary Language)</b>				
Inglés (English)	Español (Spanish)	Otro, (Por favor especificar el idioma) (Other (please specify))		
<b>Fuente de enviar a esta Clínica (Referral Source):</b>				
Amigo/Familiar (Friend/Family)	Fort HealthCare Departamento de Emergencia (Fort HealthCare Emergency Department)			
Agencia de Servicio Social (Social Service Agency)	Fort HealthCare Hospital (Fort HealthCare Hospital)			
Empleado (Employer)	Fort HealthCare clínica (Fort HealthCare Provider)			
Sitio web (enumere página web) (Website - please list website)				
Otro (por favor explique) (Other - please explain)				
<b>Vivienda (Housing):</b>				
Casa propia (Own)	Alquiler (Rent)	Remolque/Porción alquiler (Trailer/Lot Rent)	Refugio (Shelter)	
Amigo/Familiar (Friend/Family)		Ninguna (None)		
Otro: (por favor explique) Other: (please explain)				

<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	Contacto De Emergencia Nombre (Primer Nombre, Apellido) (Name - First, Last) <span style="float: right;">Teléfono (Phone #)</span>																												
	Dirección (Dirección, Ciudad, Estado y código postal) Address: (Street Address, City , State and Zip Code)																												
	Relación con el paciente (Relationship to patient)																												
<b>INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU FAMILIA</b>	<b>TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA - cabeza de familia es legalmente responsable financieramente (ejemplo: reclamado en la declaración de impuestos)</b> ALL FAMILY MEMBERS - head of household legally financially supports (example: claimed on the tax return)																												
	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="text-align: center;"><u>Nombre</u> (Name)</th> <th style="text-align: center;"><u>Relación con el Paciente</u> (Relationship to Patient)</th> <th style="text-align: center;"><u>Años</u> (Age)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		<u>Nombre</u> (Name)	<u>Relación con el Paciente</u> (Relationship to Patient)	<u>Años</u> (Age)	1.				2.				3.				4.				5.				6.			
		<u>Nombre</u> (Name)	<u>Relación con el Paciente</u> (Relationship to Patient)	<u>Años</u> (Age)																									
	1.																												
	2.																												
	3.																												
	4.																												
5.																													
6.																													
¿Tiene usted algún tipo de seguro de salud? <b>Sí</b> (en caso afirmativo, marque la casilla correspondiente a continuación) <b>No</b> (Do you have <b>any</b> form of health insurance? Yes or No)																													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Badgercare (Medical Assistance)</td> <td style="width: 33%;">Healthcare.gov (MarketPlace)</td> <td style="width: 33%;">Medicare</td> </tr> <tr> <td>Veteran</td> <td>Workers Compensation</td> <td>HMO/Private policy</td> </tr> <tr> <td>Other, explain</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Other, explain</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Badgercare (Medical Assistance)	Healthcare.gov (MarketPlace)	Medicare	Veteran	Workers Compensation	HMO/Private policy	Other, explain			Other, explain																			
Badgercare (Medical Assistance)	Healthcare.gov (MarketPlace)	Medicare																											
Veteran	Workers Compensation	HMO/Private policy																											
Other, explain																													
Other, explain																													
¿Actualmente tiene Ud. acceso a seguro de salud de su empleador? <span style="float: right;"><b>Sí</b>      <b>No</b></span> (Do you currently have access to insurance through your employer? Yes or No)																													
¿Actualmente no puede Ud. Obtener servicios de salud porque no puede pagar? <span style="float: right;"><b>Sí</b>      <b>No</b></span> (Are you currently denied access to health care because you are unable to pay?)																													
¿Ha Ud. solicitado seguro de salud desde el mercado HealthCare.gov (Mercado)? <span style="float: right;"><b>Sí</b>      <b>No</b></span> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">En caso afirmativo,</td> <td style="width: 25%;">Elegible</td> <td style="width: 25%;">Elegible, pero no pueden pagar</td> <td style="width: 25%;">Inelegible</td> <td style="width: 20%;">Inseguro</td> </tr> </table> (Have you applied for insurance through Healthcare.gov (MarketPlace) - If Yes, Eligible; Eligible but unable to afford; Ineligible; Unsure)	En caso afirmativo,	Elegible	Elegible, pero no pueden pagar	Inelegible	Inseguro																								
En caso afirmativo,	Elegible	Elegible, pero no pueden pagar	Inelegible	Inseguro																									
¿Ha solicitado Badgercare para el paciente? <span style="float: right;"><b>Sí</b>      <b>No</b></span> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">En caso afirmativo,</td> <td style="width: 33%;">Elegible</td> <td style="width: 33%;">Inelegible</td> <td style="width: 19%;">Inseguro</td> </tr> </table> (Have you applied for Badgercare? If Yes – Eligible; Ineligible; Unsure)	En caso afirmativo,	Elegible	Inelegible	Inseguro																									
En caso afirmativo,	Elegible	Inelegible	Inseguro																										

<b>INFORMACION SOBRE LOS INGRESOS</b>	<b>Empleador del paciente (Patient Employment Status):</b>		
	tiempo completo (full-time)	tiempo parcial (part-time)	trabajo estacional(seasonal)
	desempleado (unemployed)	no está buscando trabajo (not in labor force)	jubilado (retired)
	trabajadores por cuenta propia (self-employed)		
	<b>Empleador del paciente:</b> (Patient's Employer) Dirección del Empleador (Address of Employer)		
	<b>Estado de empleo de su esposo/esposa (Spouses Employment Status):</b>		
	tiempo completo (full-time)	tiempo parcial (part-time)	trabajo estacional(seasonal)
	desempleado (unemployed)	no está buscando trabajo (not in labor force)	jubilado (retired)
trabajadores por cuenta propia (self-employed)			
<b>Empleador de su esposo/esposa</b> (Spouse's Employer) Dirección del Empleador del esposo/esposa (Address of spouse's Employer)			
<b>Las fuentes de ingresos - ingresos brutos mensuales (ANTES DE IMPUESTOS):</b> <small>[Income Sources – Gross monthly income (BEFORE TAXES)]</small>		<b>INGRESO MENSUAL BRUTO</b>	
Salario - paciente (Wages - patient)		\$	
Salario - esposo/esposa (Wages - spouse)		\$	
Salario - Otro (describir) (Wages - Other, describe)		\$	
Desempleo (Unemployment)		\$	
Seguro Social (Social Security)		\$	
Pensión (Pension)		\$	
Invalidez (Disability)		\$	
Otro (por favor explique) (Other - please explain)		\$	
<b>Los ingresos brutos (ANTES DE IMPUESTOS) mensuales del hogar (de todas las fuentes)</b> <small>(Gross Monthly Household Income - from all sources)</small>		<b>\$</b>	

**EXIMIR: Estoy de acuerdo con liberar y eximir de responsabilidad la Clínica Gratuita de Rock River, su consejo de administración, todos los voluntarios, médicos, enfermeras y otros trabajadores de cualquier reclamación o exigencia surgiendo del cuidado o los servicios que reciba.**

HOLD HARMLESS: I agree to release and hold harmless Rock River Free Clinic, its Board of Directors, all volunteers, physicians, nurses and other workers from any claims or demands arising from the care of services I receive.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR: Doy permiso para el tratamiento y la evaluación por parte del personal médico en la Clínica Gratuita de Rock River.**

CONSENT TO TREAT: I give permission for treatment and evaluation by the medical personnel at the Rock River Free Clinic.

**DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN: Certifico que la información arriba proporcionada es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Autorizo liberar la información médica o financiera a (o de) la Clínica Gratuita de Rock River que es necesaria para la verificación de elegibilidad de los servicios y coordinación de mi cuidado en sus programas.**

CERTIFICATION STATEMENT: I certify that the above information provided is true and complete to the best of my knowledge and belief. I hereby authorize release of medical or financial information to (or by) the Rock River Free Clinic necessary for verification of eligibility and coordinating my care under its programs.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante (Signature of Applicant)

\_\_\_\_\_  
Fecha del hoy (mes/día/año) (date)

Screening Date: \_\_\_\_\_

Screeners Initials: \_\_\_\_\_

----- **STAFF USE ONLY** -----

**INFORMATION CHANGE ENTERED IN COMPUTER**

Staff Initials	Date	Staff Initials	Date	Staff Initials	Date
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____