



# Bienvenidos a Doctors Care!

## Aplicación del Paciente/Information

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
*Dirección #de apt Ciudad Estado Código Postal Condado*

Numero telefónico de hogar: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Como quiere ser recordado de sus citas? *marque uno:*  buzón de voz  texto  los dos

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ El sexo: \_\_\_\_\_ *Estado civil:*  Soltero (a)  Casado (a)

Nombre de los padres o guardianes (si es menor de edad): \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia y numero telefónico:** \_\_\_\_\_  
*nombre telefono relación*

*Es la política de Doctors Care el prestar servicios esenciales independientemente de la capacidad del paciente para pagar estos servicios. Los descuentos se ofrecen basados en el tipo de familia / tamaño del hogar y los ingresos anuales. Doctors Care es una organización sin fines de lucro que depende en donaciones de fondos de organizaciones para proveer servicios a usted. Algunas de nuestras donaciones requieren que nosotros reportemos la siguiente información a ellos. Nosotros no reportamos esta información al IRS, Medicaid de Colorado, o otras agencias del estado.*

Cuantos miembros de la familia viven en su casa? \_\_\_\_\_

Cual es el estimado salario anual de su familia? \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_ podemos mandar mensaje electrónico? *marque uno:*  Si  No

Etnicidad: *Check one:*  Caucasico  AfroAmericano  Asiatico  Latino  American Indian  Nativo Hawaiano  
 Isleño Pacifico  Nativo de Alaska  Otro: \_\_\_\_\_  Preferio no responder

A recibido limpieza de los dientes en los ultimo seis meses? *marque uno:*  Si  No

Tiene ud. un dentista? *marque uno:*  Si  No Si tiene dentista, el nombre? \_\_\_\_\_

¿Cómo se entero de esta clínica?? *Check one:*  Vecino/amigo  paciente actual  Referido por medico  hospital  el letrado

Dirección electrónica de Medicaid/CHP Proveedor  Colegio (explicación): \_\_\_\_\_

Internet/Web site (explicación): \_\_\_\_\_  Anuncio (explicación): \_\_\_\_\_

¿Esta recibiendo Medicaid? *marque uno:*  Si  No

¿Tiene ud. seguro de CHP+? *marque uno:*  Si  No

¿Aparte del Medicaid o CHP+ tiene otro seguro medico? *marque uno:*  Si  No Si contesto 'si', el nombre: \_\_\_\_\_

¿Quien es el sosten de la familia? *marque uno:*  madre/esposa  padre/esposo

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_  
*nombre calles principales ciudad*