



## Informacion del Paciente/Completar todo el Registro

**Nombre Legal Del Paciente:**

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

**Nombre Preferido (Solo si es diferente)** \_\_\_\_\_ **Sexo al Nacer:** M F

**Fecha de Nacimiento:** Mes \_\_\_\_\_ /Dia \_\_\_\_\_ /Año \_\_\_\_\_ **Seguro Social #** \_\_\_\_\_

**Teléfono: (Casa)** \_\_\_\_\_ **(Cell)** \_\_\_\_\_ **(T)** \_\_\_\_\_

**Mejor Numero para llamarle:**  Casa  Cell  Trabajo

**PO Box:** \_\_\_\_\_ **Dirección Física:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Complete esta sección si el paciente es menor de 18 años: ( Ponga Todo el Nombre completo )**

**Madre:** \_\_\_\_\_ **Tel#** \_\_\_\_\_ **Padre:** \_\_\_\_\_ **Tel#** \_\_\_\_\_

**Tutor Legal (Documentos):** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Tel#** \_\_\_\_\_

### Portal del paciente de Heart of Kansas

**El Portal del Paciente:** Le ayuda a manejar su salud a cualquier hora, en cualquier lugar. Agendar citas, Enviar mensajes, Hacer peticiones para surtido de Medicamentos, Mirar los resultados de sus exámenes, información sobre sus facturas en línea sin tener que agendar una cita o esperar en el teléfono a que le atiendan.

**¿Déjenos ayudarle a crear su cuenta al Portal del Paciente!** **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**Marque TODO lo que aplica al paciente de cada categoría**

**Las siguientes preguntas ayudan con nuestro reporte de fondos para cubrir las necesidades de nuestros pacientes.**

#### Idioma

Ingles
Español
Otro:

#### Etnicidad

Hispano/Latino
No Hispano/Latino

#### Orientacion Sexual

Gay o Lesbiana
Heterosexual/atracción al sexo o puesto
Bisexual
Otro:
Nose
Prefiero No Responder

#### Se Identifica como

Masculino
Femenina
Transgenero de M a H
Transgenero de H a M
Prefiero No Responder

#### Raza

Africano Americano
Indio Americano Nativo de Alaska
Asiatico
Blanco
Nativa Hawaiano
Otro Islas del Pacifico
Prefiero no responder

#### Estado Civil

Soltero
Casado
Divorciado/Separado
Viviendo Juntos
Viudo

#### Estado Agrícola

No
Si : Cual? Migrante o Temporal

#### ¿Está el menor en DCF o custodia del Estado?

No
Si

#### ¿Le preocupa perder su hogar?

No
Si
Prefiero No Responder





**Informacion del Paciente/Completar todo el Registro**

Se requiere que obtengamos información de ingresos de **TODOS** nuestros pacientes. Esta información es únicamente para fines de informes de subvenciones. Por favor, **ENCIERRE EN UN CÍRCULO** su ingreso mensual o marque la columna en la que se encuentra según el tamaño de su familia en la tabla a continuación.

	<b>I N G R E S O M E N S U A L D E L H O G A R</b>				
<b>F</b>	<b>1</b>	\$1,330 & below	\$1,331 to \$1,995	\$1,996 to \$2,660	\$2,661 & above
<b>T</b>	<b>2</b>	\$1,803 & below	\$1,804 to \$2,705	\$2,706 to \$3,607	\$3,608 & above
<b>A</b>	<b>3</b>	\$2,277 & below	\$2,278 to \$3,415	\$3,316 to \$4,553	\$4,554 & above
<b>M</b>	<b>4</b>	\$2,750 & below	\$2,751 to \$4,125	\$4,126 to \$5,500	\$5,501 & above
<b>I</b>	<b>5</b>	\$3,223 & below	\$3,224 to \$4,835	\$4,836 to \$6,447	\$6,448 & above
<b>A</b>	<b>6</b>	\$3,697 & below	\$3,698 to \$5,545	\$5,546 to \$7,393	\$7,394 & above
<b>L</b>	<b>7</b>	\$4,170 & below	\$4,171 to \$6,255	\$6,256 to \$8,340	\$8,341 & above
<b>Ñ</b>	<b>8</b>	\$4,643 & below	\$4,644 to \$6,965	\$6,966 to \$9,287	\$9,288 & above
<b>O</b>					
<b>A</b>					
<b>R</b>					

**¿Tiene Aseguranza? SI / NO**

**Medicare: SI / NO**

**Kan Care/Medical: SI /NO**

**Nombre de su aseguranza:** \_\_\_\_\_

**Primaria-Nombre Titular:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:**

Mes \_\_\_/Dia \_\_\_/Año \_\_\_

**Dirección Completa:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**Numero/Póliza:** \_\_\_\_\_ **Numero/Grupo:** \_\_\_\_\_ **Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre de su aseguranza:** \_\_\_\_\_

**Secundaria-Nombre Titular:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:**

Mes \_\_\_/Dia \_\_\_/Año \_\_\_

**Dirección Completa:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**Numero/Póliza:** \_\_\_\_\_ **Numero/Grupo:** \_\_\_\_\_ **Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Escala de Descuento:**

¿Sabía usted? Que cualquier paciente puede aplicar para nuestra escala de descuento. Aunque usted tenga aseguranza su hogar puede aplicar. Para saber si su hogar califica para un descuento. Por favor pida su Aplicación.

**(Por favor vea la escala de abajo)**

**Certificación:** Yo Certifico que la Información proporcionada es verdadera y precisa. Que he respondido la información a lo mejor de mi conocimiento y capacidad. Se me ha dado la oportunidad de revisar y entender las formas, acepto por completo todos los términos y pólizas indicadas. Esto puede ser verificado.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor Legal                      Fecha