



HOPE CLINIC OF ROSS COUNTY

La Clínica de Esperanza del condado Ross

REGISTRO DE PACIENTE

PLACE LABEL HERE

FECHA DE HOY: _____ Fecha de nacimiento _____ Hombre _____ Mujer _____

RAZÓN POR LA VISITA: _____

¿Es esta su: primera visita a Hope Clinic _____ regreso a Hope Clinic _____

DATOS PERSONALES: [En letra de imprenta]

Nombre Legal (primer y apellidos) _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE CONTACT PARA EMERGENCIAS:

Nombre: _____ Teléfono: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS: (Si no es la primera visita, se puede omitir esta información)

Etnia : No-Hispano Hispano

Raíz : Afroamericano Caucasiano Asiático Indígena Otro _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

Hombre _____ Mujer _____ Casado _____ Viuda _____ Soltero _____ Divorciado _____

Me interesa la siguiente: Apoyo de oración _____ Dentista _____ Farmacia _____

Optometría _____ Recursos de la Comunidad _____

¿Está usted elegible a recibir tratamiento médico o del dentista por un programa del gobierno como Medicaid, Medicare, Discapacidad, Asistencia Médica, etcétera?
 Sí _____ No _____ ¿Tiene seguro médico? Sí _____
 No _____ ¿Gana más anualmente de la cantidad en el rango provisto? Sí _____ No _____

- Si usted ha indicado 'Sí' a cualquiera de las preguntas, por favor, hable con una persona de la oficina para recibir información de referencia.
- Si usted respondió con 'No' a todas las preguntas, es posible que cualifica y puede continuar a firmar y cumplir los siguientes documentos.

300% Directrices Federales de la Pobreza para el año 2023. (Añada \$5,140 por cada persona)

Tamaño de la familia	Ingreso Bruto Anual
1	\$43,740
2	59,160
3	74,580
4	90,000
5	105,420
6	120,840

Firma de paciente

Fecha