

Parte-1: INFORMACION DEL CLIENTE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sufijo
-----------------	----------------------	-----------------------	---------------

Fecha de Nacimiento: <small>(mm/dd/aaaa)</small>	Sexo al nacer (✓): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza: Cheque / todas las categorías raciales que aplican: <input type="checkbox"/> Negro-a Americano-a Africano-a <input type="checkbox"/> Blanco-a <input type="checkbox"/> Indio-a Americano-a/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático-a <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleños del Pacífico
--	---	---

Idioma (✓): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Criollo <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique):	Numero de Seguro Social:	Hispano?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---------------------------------	--

Al nacer, Fue usted un solo bebe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Respondio No, es usted: <input type="checkbox"/> Gemelo/a <input type="checkbox"/> Triplete <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique): Cuando Nacio: <input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique):	Pais de Nacimiento (✓): <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique):	La fecha que llego/ entro a los Estados Unidos:
---	---	---

¿Tiene una directiva anticipada? Sí No En caso afirmativo, ¿puede proporcionarnos una copia? Sí No Si no, ¿quieres que se forme? Sí No

¿Desea recibir Comunicaciones CONFIDENCIALES de Información de salud protegida por un medio alternativo o una dirección alternativa? Sí No

Si desea que discutamos su información médica con otra persona, deje los correos de voz con los resultados de las pruebas y / o confirmaciones de citas que necesitará para completar nuestro Formulario de confidencialidad del paciente. **¿Desea completar el formulario de confidencialidad del paciente?** Sí No

Dirección donde vive:	Apt#	Cheque (✓) Uno como su Contacto Principal:
------------------------------	-------------	---

Ciudad:	Estado: FL	Código Postal:	<input type="checkbox"/> Número Celular:
----------------	-------------------	-----------------------	--

Dirección donde recibe correspondencia (Si es diferente a donde vive):	Apt#	<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa#:
---	-------------	---

Ciudad:	Estado: FL	Código Postal:	<input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo#:
----------------	-------------------	-----------------------	---

Parte-2: CONTACTO DE EMERGENCIA

Parte-3: SEGURO MÉDICO (✓)

Primer Nombre:	Relación:	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Health Care District <input type="checkbox"/> BC/BS <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Clear Health Alliance <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique):
Apellido:		
Teléfono#	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	

Parte-4: INFORMACION FINANCIERA

Clerical Use Only: No income or family size needed if Immunization only visit (✓): VFC Adult

SI USTED NO DESEA PARTICIPAR EN NUESTRA ESCALA DE PAGO VARIABLE, POR FAVOR DE ESCRIBIR SUS INICIALES EN EL LUGAR INDICADO. AQUÍ _____ RENUNCIADO.
IMPORTANTE: Al renunciar a este proceso, usted se compromete a pagar la tarifa completa por todos sus servicios. También es importante informarle, que al renunciar al proceso antes mencionado, sus servicios no serán proveídos con un descuento de costo basado en el tamaño de su familia y de los ingresos. (Note to clerk: No income needed if client waives)
 Excepción es si usted está recibiendo servicios de planificación familiar.

Si usted desea participar en el proceso de escala de pago variable, usted debe presentar «Comprobante de ingresos» hoy mismo. Los comprobantes de ingresos son basados en lo siguiente:

INGRESOS BRUTOS OBTENIDOS MENSUALMENTE: lista de salarios, propinas, sueldos que se reciben mensualmente de todo empleo actual.

OTROS INGRESOS BRUTO MENSUALMENTE (NO GANADOS): Liste todo dinero que haya recibido mensualmente de fuentes distintas a las del empleo. (Ejemplos: todo tipo de beneficios de Seguro Social, compensación por desempleo, pensión alimenticia, compensación a trabajadores, pensión de Veteranos, pensiones y anualidades. No incluya SSI (Ingresos por discapacidad o muerte) o TANF (Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas)

NOMBRE DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO <small>(MM/DD/AAAA)</small>	SEXO	CABEZA DEL HOGAR <small>(MARQUE UNO)</small>	EMPLEADOR U OTRO TIPO DE INGRESOS	INGRESOS RECIBIDOS POR MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	INGRESOS BRUTO MENSUALMENTE	ADQUIRIDOS POR FUENTES DISTINTAS A LAS DE EMPLEO (NO GANADOS)	CANTIDAD PAGADA PARA CUIDADO DE NIÑOS
Sí Mismo/Padre		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>			\$	\$	
Esposo(a)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>			\$	\$	
Niño(a) #1		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
Niño(a) #2		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
Niño(a) #3		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
Niño(a) #4		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$
Niño(a) #5		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	\$	\$	\$

Esta usted ó algun miembro de su familia embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, Quién: _____ Fecha del Parto: _____ # de bebés que espera: _____	Esta usted haciendo pagos de pensión alimentaria de menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondio Sí, Cuanto paga cada mes? \$ _____
---	---

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA MENCIONADA ES CORRECTA. YO DOY MI CONSENTIMIENTO AL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE PALM BEACH, PARA VERIFICAR LA INFORMACION ADQUIRIDA. ENTIENDO QUE DAR INFORMACION FALSA O INCORRECTA PUEDE HACERME NO ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS EN LA CLINICA, O PUEDO TENER QUE PAGAR EL 100% DE LA FACTURA.

Firma del Cliente, Padre,Guardian: _____ Cliente Padre Guardian Fecha: _____

PBCHD Official Use Only: Registered by: _____ **Date:** _____

Facility: Belle Glade Centering Program Delray Jupiter Lantana/LW Northeast WPB

Part-1: Client Information

Last Name	First Name	Middle Name	Suffix
------------------	-------------------	--------------------	---------------

Date of Birth: <small>(mm/dd/yyyy)</small>	Sex at birth (✓): <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Race: Check (✓) all racial categories that apply: <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander
--	---	---

Language (✓): <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Other (Specify):	Social Security#:	Hispanic? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	--------------------------	---

Were you a single birth? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If NO, are you a: <input type="checkbox"/> Twin <input type="checkbox"/> Triplet <input type="checkbox"/> Other (Specify): Were you born? <input type="checkbox"/> First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Other (Specify):	Country of Birth (✓): <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Other (Specify):	Date Arrived to USA:
---	---	-----------------------------

Do you have a Living Will (Advance Directive)? Yes No If Yes, can you provide us a copy? Yes No If No, do you want the form? Yes No

Do you wish to receive CONFIDENTIAL Communications of Protected Health Information by an alternative means or alternate address? Yes No

If you wish for us to discuss your medical information with someone else, leave you voicemails with test results and/or appointment confirmations you will need to complete our Patient Confidentiality Form. **Do you want to complete the Patient Confidentiality Form?** Yes No

Living Address:	Apt#	Check (✓) One as your Primary Contact:
------------------------	-------------	---

City:	State: FL	Zip Code:	<input type="checkbox"/> Cell Phone#:
--------------	------------------	------------------	---------------------------------------

Mailing Address: (If different from where you live)	Apt#	<input type="checkbox"/> Home Phone#:
--	-------------	---------------------------------------

City:	State: FL	Zip Code:	<input type="checkbox"/> Work Phone#:
--------------	------------------	------------------	---------------------------------------

Part-2: Emergency Contact

First Name:	Relationship:
Last Name:	
Phone #	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work

Part-3: Health Insurance (✓)

Medicaid Medicare Health Care District BC/BS
 Molina Clear Health Alliance None Other (Specify):

Part-4: Household Financial Information

Clerical Use Only: No income or family size needed if Immunization only visit (✓): VFC Adult

IF YOU WOULD LIKE TO WAIVE THE SLIDING FEE PROCESS PLEASE INITIAL HERE _____ WAIVED. By doing this you are agreeing to pay full fee for all your services and your services will not be provided at a discounted rate based on the family size and income. (Note to clerk: No income needed if client waives) **Exception is if you are receiving Family Planning Services.**

If you would like to participate in the Sliding Fee Process you must provide "Proof of Income" today, based on the following:

MONTHLY GROSS EARNED INCOME: List wages, tips, salaries received monthly from all current employment.

MONTHLY GROSS UNEARNED INCOME: List monies received monthly from sources other than employment. (Examples: All types of Social Security benefits, Unemployment Compensation, Alimony, Workers' Compensation, Veteran's Pension, and Pensions and Annuities. (Do not include SSI or TANF)

FAMILY MEMBERS NAME	DATE OF BIRTH <small>(MM/DD/YYYY)</small>	SEX	HEAD OF HOUSEHOLD <small>(CHECK ONE)</small>	EMPLOYER or OTHER TYPE OF INCOME	CHILD SUPPORT RECEIVED	MONTHLY GROSS EARNED INCOME	MONTHLY GROSS UNEARNED INCOME	AMOUNT PAID FOR CHILDCARE
SELF/PARENT		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>			\$	\$	
SPOUSE		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>			\$	\$	
CHILD #1		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				\$	\$	\$
CHILD #2		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				\$	\$	\$
CHILD #3		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				\$	\$	\$
CHILD #4		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				\$	\$	\$
CHILD #5		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				\$	\$	\$

Are you or any of the family members pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, Who: _____ Due Date: _____ #of Babies Due: _____	Are you making any payments for child support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how much is paid each month? \$ _____
--	--

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I GIVE MY CONSENT TO THE PALM BEACH COUNTY HEALTH DEPARTMENT, TO VERIFY THE INFORMATION PROVIDED. I UNDERSTAND THAT GIVING FALSE OR INACCURATE INFORMATION MAY MAKE ME INELIGIBLE FOR SERVICES PROVIDED BY THE CLINIC OR I MAY BE REQUIRED TO PAY 100% OF THE BILL.

Client/Parent/Guardian Signature: _____ Client Parent Guardian Date: _____

PBCHD Official Use Only: Registered by: _____ **Date:** _____

Facility: Belle Glade Centering Program Delray Jupiter Lantana/LW Northeast WPB