

10. ¿Tiene vivienda estable? Sí No
 Describa su vivienda actual: Casa / Apartamento Refugio para indigentes Vivo en la calle
 Vivienda de transición Vivo con familia o amigos
 Otro: _____

(Complete un Formulario de elegibilidad de Care Link si ha marcado "No" o ha marcado cualquier casilla de arriba)

11. ¿Vive usted en vivienda pública? (Sección 8 no se considera vivienda pública) Sí No
 Si su respuesta es Sí, nombre de agencia o vecindario: _____

12. En los últimos 2 años, ¿Usted o alguien de su familia? (Marque todos los que apliquen):
 Trabajo en algún tipo de agricultura (trabajo de campo): ¿sembrando, preparando la tierra, en una empacadora, manejando una camioneta para cualquier tipo de trabajo de campo, o con animales como vacas, pollos, etc.?
 ¿Vivió lejos de la casa para trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo de campo)?

13. ¿Usted o algún miembro de su familia paro de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo de campo) por alguna discapacidad o por la edad (por ser muy mayor para trabajar)? Sí No

INFORMACIÓN FINANCIERA

¿Actualmente tiene usted seguro médico? Sí No
 Si su respuesta es Sí, Nombre de Seguro Médico: _____ # de Seguro Médico: _____
 Tamaño de Familia: _____ Ingreso Familiar: _____ Mensual Anual

PERSONA RESPONSABLE
 (Los estados de cuenta serán enviados a la persona responsable solo cuando no cubra el seguro médico.)
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Correo Electrónico: _____
 Dirección Postal: _____ Apto. ____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

SOLAMENTE PARA MENORES (17 & AÑOS O MENOS) O ADULTOS DEPENDIENTES:
 Padre/Tutor Legal del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Relación al Paciente: _____
 Padre/Tutor Legal del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Relación al Paciente: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA
 Nombre: _____ Relación: _____
 Teléfono: _____

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Por favor use este espacio para decirnos con quién se nos permite compartir o liberar información.
 Por favor deje esta sección en BLANCO si no desea que su información sea compartida con NADIE.

Persona #1: _____	Persona #2: _____
Relación: _____	Relación: _____
Esta persona tiene el permiso de:	Esta persona tiene el permiso de:
<input type="checkbox"/> Recibir y compartir toda mi información médica.	<input type="checkbox"/> Recibir y compartir toda mi información médica.
<input type="checkbox"/> Recoger mis medicamentos con receta en mi ausencia.	<input type="checkbox"/> Recoger mis medicamentos con receta en mi ausencia.
<input type="checkbox"/> Enviar mensajes a mi equipo de cuidado.	<input type="checkbox"/> Enviar mensajes a mi equipo de cuidado.
<input type="checkbox"/> Recibir mis resultados de laboratorio.	<input type="checkbox"/> Recibir mis resultados de laboratorio.
<input type="checkbox"/> Programar, volver a programar o cancelar mis citas.	<input type="checkbox"/> Programar, volver a programar o cancelar mis citas.

_____ Nombre (en letra de molde)	_____ Firma del Paciente o Tutor Legal	_____ Fecha
FOR OFFICE USE ONLY		
Home Clinic: _____	Data entered by: _____	Initials: _____ Date: _____