

12. En los últimos 2 años, ¿Usted o un miembro de su familia inmediata? (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

14. ¿Vive usted en vivienda pública? (Sección 8 no se considera vivienda pública) Sí No

Si su respuesta es Sí, nombre de agencia o vecindario: _____

15. ¿Alguna vez ha servido en cualquier rama de las fuerzas armadas durante cualquier período de tiempo, incluidas las reservas? Ejército, Marina, Marines, Fuerza Aérea, Guardia Costera No soy Veterano/a

II. PARA MENORES DE EDAD (17 AÑOS O MENORES) O ADULTOS DEPENDIENTES SOLAMENTE

Padre/Tutor Legal del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación al Paciente: _____

Padre/Tutor Legal del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación al Paciente: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

III. INFORMACION 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 Contacto de información igual a la sección II. Para Menores de Edad

(Los estados de cuenta serán enviados a la persona responsable solo cuando no cubra el seguro médico.)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Correo Electrónico: _____

Dirección de Envió: _____ Apto. ____ Ciudad ____ Estado ____ Código Postal ____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

IV. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN – USO PARA EL PAICIENTE SOLAMENTE

Utilice este espacio para decirnos con quién podemos compartir o divulgar información. Utilizamos estas instrucciones para compartir en su nombre. Deje esta sección en BLANCO si no desea que su información se comparta con NADIE.

Agencia/Persona: _____ Relación: _____

Dirección de Envió: _____ Apto. ____ Ciudad ____ Estado ____ Código Postal ____

Esta persona tiene el permiso de:

- Compartir cualquier y toda mi información médica.
- Recoger mis medicamentos recetados en mi ausencia.
- Enviar mensajes a mi equipo de atención.
- Recibir mis resultados de pruebas.
- Programar, reprogramar o cancelar mis citas.

Este consentimiento de divulgación expirara el _____ o en 12 meses de la fecha de firma.

Imprimir Nombre (letra en molde)

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Telehealth Visit

Doubling Up/CareLink Eligibility: Yes No Data entered by: _____ Initials: _____ Date: _____