



GWINNETT, NEWTON AND ROCKDALE
HEALTHY. PROTECTED. PREPARED.

www.gnrhealth.com

REGISTRO DE PACIENTE E INFORMACION DE INGRESOS

Favor de usar letra de molde y llene la forma completamente:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Nombre Preferido _____ Inicial del Segundo nombre _____
 Nombre de soltera _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad _____
 Sexo asignado al nacer Mujer Hombre Intersex Identidad de género: Mujer Hombre Otro _____
 Residente de Georgia: Si No Condado _____
 Calle, Casa o Apt. # _____ Ciudad _____ Zona Postal _____
 Dirección para enviar correo (si es diferente) _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono _____ Celular _____
 Se puede comunicar por (chequeeé todo lo que aplica): Correo correo electrónico Celular (mensaje de voz/o
 mensaje de texto)
 Contacto de emergencia: Si es menor de 18 años de edad, nombre del Padre/ Guardián y teléfono # _____

Grupo Racial- Usted puede seleccionar mas de uno. **Grupo étnico** **Estado Civil**

Afro Americano/Negro Nativo Americano/ Nativo de Alaska Hispano Casado Viudo
 Asiático Hawaiano Nativo/ Isleño de Pacifico No-Hispano Divorciado Soltero
 Caucásico/Blanco Otro Separado

Tiene usted seguro medico, Medicaid, o Medicare? No Si
Proveedor del Seguro Medico/Medicaid/Medicare: _____ **ID#** _____
Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** _____
 A usted lo refirieron de la Asistencia Temporal de Familias Necesitadas (TANF)? No Si Usted participa en WIC? No Yes

Tarifas de servicios para Planificación Familiar, Salud de la Mujer, y ITS se establecen en una escala basado en los ingresos brutos y del tamaño de la familia. Pacientes mayores de 19 años se le pedirá que traiga prueba de ingresos y residencia, para que pueda calificar para el precio reducido. Elegibilidad para BCCP será basado en los ingresos brutos y tamaño de familia.
 Ponga todos los miembros de su familia que aporten y que sean mantenidos por usted, incluyéndote. Ponga todos los ingresos, incluyendo manutención de los hijos, pensión alimenticia, desempleo, Seguro Social, etc.

NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMEINTO	RELACION	GENERO	INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS
Yo					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año

Yo certifico que la información presentada es correcta _____
 Firma del Paciente _____ Fecha _____
 Yo no proporcione comprobante de ingresos y/o residencia y estoy de acuerdo en pagar 100% de mi costo. _____
 Firma del Paciente _____ Fecha _____

INTAKE USE ONLY
 Total # people in household _____ Total Household Income \$ _____ mo/yr FP/WH/STD % pay _____ BCCP eligible _____
 Intake Signature _____ Date _____