accesshealth

Formulario de Composicion del Hogar

Cabeza De Hogar

Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Número de teléfono ☐ **Hogar** ☐ **Celular** ☐ **Trabajo**	Correo electrónico	
Dirección de Correspondencia	Número de apto	
Ciudad/Estado/Código postal	Numero de Seguro Social	
Condado	Raza (por favor escriba una o más)	
Sexo ☐ **M** ☐ **F**	**(Solo para uso de oficina)** Acct No:	

Pareja

Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Número de teléfono ☐ **Hogar** ☐ **Celular** ☐ **Trabajo**	Correo electrónico	
Sexo ☐ **M** ☐ **F**	Raza (por favor escriba una o más)	
Numero de Seguro Social	**(Solo para uso de oficina)** Acct No:	

En las líneas debajo enumere todas las personas que viven con usted de las que es legalmente responsable y/o menores de 18 años.

	Nombre (Primer Nombre, Apellido, Segundo)	**Número de seguro social** (Opcional)	**Fecha de Nacimiento** (MM/DD/AAAA)	**Sexo**	**Raza**	**Relación**	**(Office Use Only)** Acct No:
1				☐ **M** ☐ **F**			
2				☐ **M** ☐ **F**			
3				☐ **M** ☐ **F**			
4				☐ **M** ☐ **F**			
5				☐ **M** ☐ **F**			
6				☐ **M** ☐ **F**			
7				☐ **M** ☐ **F**			
8				☐ **M** ☐ **F**			

Enumere a continuación todos los ingresos de su hogar. *Incluya: empleo (propio o laboral), asistencia pública, manutención infantil, desempleo o donaciones.*

Nombre de la persona que recibe el dinero	**Agencia, persona, empleador que proporciona el dinero**	**Cantidad recibida por mes**

A ¿Usted o algún miembro de su familia tiene algún tipo de seguro médico? ☐ **Sí** ☐ **No**

B **Atestiguo que no tengo cobertura de medicamentos recetados incluyendo Medicare Parte D** ☐ **Sí** ☐ **No**

FIRMA DEL PACIENTE	**NOMBRE IMPRESO**	**FECHA**