



# FDOH-PBC Boleto De Registracion

To be filed under eligibility

Tiene usted directivas por anticipado?  Sí  No  
En caso negativo, ¿desea el formulario?  Sí  No

### Parte-1: INFORMACION DEL CLIENTE

Primer Nombre \_\_\_\_\_

Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Apellido/Sufijo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento mm \_\_\_\_ -dd \_\_\_\_ -yyyy \_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  Transgenero

Numero de Seguro Social # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Raza:** Cheque  todas las categorías raciales que aplican:

- Negro-a Americano-a Africano-a  Blanco-a
- Indio-a Americano-a/Nativo de Alaska  Asiático-a
- Nativo Hawaiano  Otro Isleños del Pacífico  Japonés
- Chino  Guameña o Charmorro  Filipino
- Vietnamita  Corean  Samoano

**Note to Clerk: If more than one race is selected use the "Multiracial" button to record all races selected.**

**Hispano:**  Si  No

**Idioma:**  Ingles  Español  Criollo  
 Otro-a (Especifique) \_\_\_\_\_

**Pais de Nacimiento:**  Estados Unidos  
 Otro-a (Especifique) \_\_\_\_\_

Al nacer, Fue usted un solo bebe?  Si  No  
Si Respondio No, es usted :  
 Gemelo/a  Triplete  Otro \_\_\_\_\_

Cuando Nacio  
 Primero  Segundo  Otro \_\_\_\_\_

Dirección donde vive \_\_\_\_\_

Dirección donde recibe correspondencia  
(Si es diferente a donde vive) \_\_\_\_\_

Dirección y numero telefonico alternativo para comunicaciones de salud \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Telefono# \_\_\_\_\_  Celular  Casa

Telefono# \_\_\_\_\_  Trabajo  Fax

Alternativo Telefono# \_\_\_\_\_

### Parte-2: CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Teléfono# \_\_\_\_\_  Celular  Casa  Trabajo

### Parte-3: SEGURO MÉDICO

Medicaid  Medicare  HCD  Healthy Palm Beaches  Ninguno  Otro

Número de póliza \_\_\_\_\_

Dueño de la poliza \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento mm \_\_\_\_ -dd \_\_\_\_ -yyyy \_\_\_\_

### Parte-4: INFORMACION FINANCIERA

**Sólo complete si desea participar en nuestra escala variable de pago. Para calificar para la escala variable debe tener comprobante de ingresos de todos los miembros de la familia que trabajan.** (Ejemplos de pruebas: 2 talones de pago actuales, W-2 forma, carta de desempleo, seguridad social, AFDC, manutención de menores, compensación al trabajador, por cuenta propia, pensión alimenticia)

Cabeza de Familia o Pagador Nombre: (si es diferente al paciente) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: mm \_\_\_\_ -dd \_\_\_\_ -yyyy \_\_\_\_ Sexo:  M  F

Nombre del Empleador : \_\_\_\_\_

Sueldo Bruto Mensual: \_\_\_\_\_

Tipo de Entrada: \_\_\_\_\_

Gastos mensual por atención de Niño : \_\_\_\_\_

Esposo(a): (si es diferente al paciente) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: mm \_\_\_\_ -dd \_\_\_\_ -yyyy \_\_\_\_ Sexo:  M  F

Nombre del Empleador : \_\_\_\_\_

Sueldo Bruto Mensual: \_\_\_\_\_

Tipo de Entrada: \_\_\_\_\_

Gastos mensual por atención de Niño : \_\_\_\_\_

#### **Enliste los miembros de su familia:**

Niño(a) #1 Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: mm \_\_\_\_ -dd \_\_\_\_ -yyyy \_\_\_\_

Sexo:  M  F

Niño(a) #2 Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: mm \_\_\_\_ -dd \_\_\_\_ -yyyy \_\_\_\_

Sexo:  M  F

Niño(a) #3 Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: mm \_\_\_\_ -dd \_\_\_\_ -yyyy \_\_\_\_

Sexo:  M  F

Niño(a) #4 Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: mm \_\_\_\_ -dd \_\_\_\_ -yyyy \_\_\_\_

Sexo:  M  F

Esta usted haciendo pagos de pensión alimentaria de menores?  Si  No

Si respondio Sí, Cuanto paga cada mes? \$ \_\_\_\_\_

Esta usted ó algun miembro de su familia embarazada?  Si  No

En caso afirmativo, Quién \_\_\_\_\_

Fecha del Parto: \_\_\_\_\_ # de bebés que espera: \_\_\_\_\_

**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  Homeless Resource Ctr  Jupiter  Lantana/LW  Northeast  Pahokee-Glades  WPB