Tiene usted directivas por anticipado? □ Sí □ No
¿Si su respuesta es sí o afirmativa, usted nos podría dar una copia? □ Sí □ No
En caso negativo, ¿desea el formulario? □ Sí □ No
Correo electrónico:

FDOH-PBC
Registration/Eligibility Form
To be filed under eligibility

Florida HEALTH
Palm Beach County

Parte-1: INFORMACION DEL CLIENTE

Apellido | **Primer Nombre** | **Segundo Nombre** | **Sufijo**

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy) | **Numero de Seguro Social:**

Sexo (✓): □ Masculino □ Femenino □ Transgenero | **Idioma (✓):** □ Ingles □ Español □ Criollo □Otro-a (Especifique) | **Hispano?:** □ Si □ No

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 Pacifico □ Japones □ 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.

Pais de Nacimiento (✓): □ Estados Unidos □ Otro-a (Especifique): | La fecha que llego/entro a los Estados Unidos:

Al nacer, Fue usted un solo bebe? □ Si □ No | Si Respondio No, es usted: □ Gemelo/a □ Triplete □ Otro-a (Especifique) | Cuando Nacio: □Primero □Segundo □Otro-a (Especifique)

Incluya la ciudad, estado y código postal en todas las direcciones

Dirección donde vive:

Dirección donde recibe correspondenica (Si es diferente a donde vive):

Telefono# □ Celular □ Casa | **Telefono#** □ Trabajo □ Fax

Direccion y numero telefonico alterno para comunicaciones de salud:

Parte-2: CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: | Relación: | Teléfono# □ Celular □ Casa □ Trabajo

Parte-3: SEGURO MÉDICO (√)

□ **Medicaid** □ **Medicare** □ **HCD** □ **Healthy Palm Beaches** □ **Ninguno** □ **Otro-a (Especifique):**

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)	**Esposo(a):** (si es diferente al paciente)
Sexo: □ M □ F Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy)	Sexo: □ M □ F Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy)
Nombre del Empleador :	Nombre del Empleador :
Sueldo Bruto Mensual:	Sueldo Bruto Mensual:
Tipo de Entrada:	Tipo de Entrada:
Gastos mensual por atención de Niño :	Gastos mensual por atención de Niño :

Enliste los miembros de su familia:

Niño(a) #1 Nombre: _____ Sexo: □ M □ F Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy)	Niño(a) #3 Nombre: _____ Sexo: □ M □ F Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy)
Niño(a) #2 Nombre: _____ Sexo: □ M □ F Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy)	Niño(a) #4 Nombre: _____ Sexo: □ M □ F Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy)

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 CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA MENCIONADA ES CORRECTA. 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:_____
Facility: □Belle Glade □Centering Program □Delray □Homeless Resource Ctr □Jupiter □Lantana/LW □Northeast □WPB

Do you have an Advance Directive? □ Yes □ No
If Yes, can you provide us a copy? □ Yes □ No
If No, do you want the form? □ Yes □ No

Email:

FDOH-PBC
Registration/Eligibility Form
To be filed under eligibility

Florida HEALTH
Palm Beach County

Part-1: Client Information

Last Name | **First Name** | **Middle Name** | **Suffix**

Date of Birth: (mm/dd/yyyy) | **Social Security#:**

Gender (✓): □ Male □ Female □ Transgender | **Language (✓):** □ English □ Spanish □ Creole □ Other (Specify) | **Hispanic?** □ Yes □ No

Race: Check ✓ all racial categories that apply: □ Black or African American □ White □ American Indian or Alaska Native □ Asian □ Native Hawaiian □ Other Pacific Islander □ Japanese □ Chinese □ Guamanian or Charmorro □ Filipino □ Vietnamese □ Korean □ Samoan

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

Country of Birth (✓): □ USA □ Other (Specify): | Date to USA:

Were you a single birth? □ Yes □ No | If NO, are you a: □ Twin □ Triplets □ Other (Specify): | Were you born? □ First □ Second □ Other (Specify):

On All Addresses Include the City, State, and Zip Code

Living Address:

Mailing Address: (If different from where you live)

Phone#: □ Cell □ Home | **Phone#:** □ Work □ Fax

Alternate Address and Telephone number for Health Care Communications:

Part-2: Emergency Contact

Name: | Relationship to Patient: | Phone#: □ Cell □ Home □ Work

Part-3: Health Insurance (√)

□ **Medicaid** □ **Medicare** □ **HCD** □ **Healthy Palm Beaches** □ **None** □ **Other (Specify):**

Part-4: Household Financial Information

Only complete if you want to participate in our Sliding Fee Scale. To qualify for the Sliding Fee Scale you must have proof of income for all working family members. (Examples of proof: 2 current paystubs, W-2 form, unemployment letter, social security, AFDC, child support, workmens comp, self-employment, alimony)

Head of Household or Payor Name: (If different than patient)	**Spouse's Name:** (If different than patient)
Sex: □ M □ F Date of Birth: (mm/dd/yyyy)	Sex: □ M □ F Date of Birth: (mm/dd/yyyy)
Employer's Name:	Employer's Name:
Monthly Gross Income:	Monthly Gross Income:
Type of Income:	Type of Income:
Monthly Child Care Expense:	Monthly Child Care Expense:

List all dependent family members:

Child #1 Name: _____ Sex: □ M □ F Date of Birth: (mm/dd/yyyy)	Child #3 Name: _____ Sex: □ M □ F Date of Birth: (mm/dd/yyyy)
Child #2 Name: _____ Sex: □ M □ F Date of Birth: (mm/dd/yyyy)	Child #4 Name: _____ Sex: □ M □ F Date of Birth: (mm/dd/yyyy)

Are you making any payments for child support? □ Yes □ No | If yes, how much is paid each month? $

Are you or any of the family members pregnant? □ Yes □ No | If yes, Who: _____ Due Date: # of Babies Due:

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I GIVE MY CONSENT TO THE PALM BEACH COUNTY HEALTH DEPARTMENT, TO VERIFY THE INFORMATION PROVIDED. I UNDERSTAND THAT GIVING FALSE OR INACCURATE INFORMATION MAY MAKE ME INELIGIBLE FOR SERVICES PROVIDED BY THE CLINIC OR I MAY BE REQUIRED TO PAY 100% OF THE BILL.

Client/Parent/Guardian Signature: □ Client □ Parent □ Guardian **Date:**

PBCHD Official Use Only: Registered by: _____

Facility: □Belle Glade □Centering Program □Delray □Homeless Resource Ctr □Jupiter □Lantana/LW □Northeast □WPB