



Space Coast Volunteers in Medicine

Registro previo del paciente

Instrucciones

Escriba en letra legible y responda a todas las preguntas.

Información del paciente

Nombre legal _____ Apellido legal _____ Sufijo _____

Nombre _____ Segundo nombre _____

Nombre anterior (nombre, apellido) _____

Sexo: Masculino Femenino (encierra en un círculo) Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono móvil _____ ¿Podemos enviarle mensajes de texto? _____

Dirección de email _____

Idiomas _____ Prefiero no contestar _____

Raza _____ Prefiero no contestar _____

Etnia _____ Prefiero no contestar _____

Información familiar

Para todas las cantidades de abajo, responda usando cantidades MENSUALES.

Paciente

Nombre del empleador _____ Ingresos antes de impuestos y deducciones _____

Otros ingresos (no laborales) _____

Cónyuge/Pareja

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____ Ingresos antes de impuestos y deducciones _____

Otros ingresos (no laborales) _____

(Continúa en el otro lado)

Hijo 1

Nombre _____ Apellido _____
Fecha de nacimiento _____ ¿Estudia a tiempo completo? Sí No (encierre en un círculo)
Nombre del empleador _____ Ingresos antes de impuestos y deducciones _____
Otros ingresos (no laborales) _____ Manutención RECIBIDA _____
Guardería PAGADA _____ Número de ID de Florida Medicaid _____

Hijo 2

Nombre _____ Apellido _____
Fecha de nacimiento _____ ¿Estudia a tiempo completo? Sí No (encierre en un círculo)
Nombre del empleador _____ Ingresos antes de impuestos y deducciones _____
Otros ingresos (no laborales) _____ Manutención RECIBIDA _____
Guardería PAGADA _____ Número de ID de Florida Medicaid _____

Hijo 3

Nombre _____ Apellido _____
Fecha de nacimiento _____ ¿Estudia a tiempo completo? Sí No (encierre en un círculo)
Nombre del empleador _____ Ingresos antes de impuestos y deducciones _____
Otros ingresos (no laborales) _____ Manutención RECIBIDA _____
Guardería PAGADA _____ Número de ID de Florida Medicaid _____

Hijo 4

Nombre _____ Apellido _____
Fecha de nacimiento _____ ¿Estudia a tiempo completo? Sí No (encierre en un círculo)
Nombre del empleador _____ Ingresos antes de impuestos y deducciones _____
Otros ingresos (no laborales) _____ Manutención RECIBIDA _____
Guardería PAGADA _____ Número de ID de Florida Medicaid _____

Hijo 5

Nombre _____ Apellido _____
Fecha de nacimiento _____ ¿Estudia a tiempo completo? Sí No (encierre en un círculo)
Nombre del empleador _____ Ingresos antes de impuestos y deducciones _____
Otros ingresos (no laborales) _____ Manutención RECIBIDA _____
Guardería PAGADA _____ Número de ID de Florida Medicaid _____