HOSPITAL DE ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA
Formulario de información sobre el paciente

Número de Seguro Social _____ Esta persona no tiene número de seguro social

Nombre: _____
Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Masculino Femenino

Whe

Estado civil (marque uno): Soltero(a)-Nunca se ha casado Divorciado(a) Separado(a) Legalmente separado(a)
Viudo(a) Amancebado(a) Pareja Cónyuges viviendo juntos Cónyuges viviendo por separado

- ¿Ha recibido esta persona beneficios de elegibilidad presuntiva este año? Sí No
- ¿Reside esta persona en Kentucky? Sí No
- ¿Es esta persona ciudadana de los EE. UU.? Sí No
- Raza: _____ Nacionalidad: _____
- ¿Es esta persona hispana, latina o de origen español? Sí No
- Etnicidad: _____
- Lengua escrita de preferencia Inglés Español
- ¿Está esta persona embarazada en estos momentos? Sí No
- Si la respuesta es sí, ¿cuántos niños se esperan de este embarazo? _____
- ¿Cuál es la fecha prevista de parto? (mm/dd/aaaa) _____
- ¿Ha recibido esta persona elegibilidad presuntiva por este embarazo? Sí No
- ¿Le gustaría a esta persona ser remitida al programa WIC? Sí No
- ¿Está esta persona encarcelada en estos momentos? Sí No
- Si la respuesta es sí, ¿cuándo ingresó esta persona en prisión? (mm/dd/aaaa) _____
- ¿Es esta persona el padre/madre cuidador(a) de algún niño en el hogar? Sí No
- ¿Ha estado esta persona alguna vez bajo cuidados de crianza Yes No En caso de que sí, ¿en qué estado? _____
- ¿Recibió esta persona atención médica a través del pograma de Medicaid de ese estado? Sí No
- ¿Cuántos años tenía esta persona al abandonar el sistema de cuidados de crianza? _____
- ¿En qué fecha deberían comenzar los beneficios? _____

Dirección:

_____
Calle Número de apto./edificio

_____
Ciudad Estado Código postal

_____
Condado

Número(s) de teléfono:

_____
Número de teléfono celular/de casa Número de teléfono del trabajo Otro

¿Cuántos miembros del núcleo familiar tiene esta persona? _____
Al calcular el tamaño del núcleo familiar, incluya al paciente, a cualquier niño(s) aún por nacer, a los niños dependientes y al cónyuge. Si el paciente está viviendo con los padres y es menor de 19 años, hay que contar como miembros del núcleo familiar a los padres, al padrastro/madrastra y a los hermanos menores de 19 años.

Ingresos del núcleo familiar

	Nombre del miembro del núcleo familiar	Tipo de ingresos*	¿Cuánto? **	Cada qué tiempo
1				
2				
3				
4				
	TOTAL DE LOS INGRESOS MENSUALES:			

Cuente los ingresos del paciente, los del cónyuge y los de los padres (si el paciente vive con los padres y estos lo incluyen en sus impuestos como dependiente). Incluye el salario bruto (antes de impuestos) y otras fuentes de ingresos, como seguridad social, pensiones, pensión alimenticia, regalos en efectivo y rentas vitalicias.
No cuente la manutención infantil ni el SSI (Ingresos Suplementarios del Seguro Social).
No cuente los ingresos de hijos dependientes (vivan o no en el hogar).

OTRO SEGURO
¿Tiene esta persona en estos momentos algún otro Seguro que cubra consultas médicas y hospitalizaciones?
❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es "Sí" Cuál es el nombre de este plan _____

Nombre de la compañía de seguro N.º de póliza N.º de grupo

_____

Compañía de Atención Médica Administrada:
Anthem Blue Cross/Blue Shield AETNA Humana CareSource
Passport Health Plan WellCare
Médico de atención primaria_____

Doy fe, bajo pena de perjurio, de que la información que he proporcionado en esta declaración es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Estoy consciente de que cualquiera que dé información falsa para recibir beneficios o que deje a alguien usar su tarjeta de PE o le dé un mal uso a los beneficios de PE es susceptible de ser procesado penalmente según lo dispuesto por la ley federal, la ley estatal o ambas y puede que tenga que pagar de vuelta el valor de los beneficios recibidos.

_____ _____
Firma del paciente *Fecha en que se firmó*