



¿ES CIUDADANO DE LOS EEUU?  Sí  No

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**NP#:** \_\_\_\_\_

**SITUACION DE VIDA** (*¿en dónde vive?*):  Casa/Apto.  Transitorio  Viviendo con amigos o familiares  Calles  No Se  Otro: \_\_\_\_\_

¿Vive Usted en un refugio para personas sin hogar? : Nombre del refugio: \_\_\_\_\_

¿Se han mudado en los últimos dos años  Yes  No

¿Si usted vive en la calle, en cuales intersecciones frecuenta? \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿CUANTO TIEMPO HA ESTADO EN ESTA SITUACION DE VIDA? \_\_\_\_\_

**ESTATUS DE VIH:**

¿ESTA USTED CONSIENTE DE SU ESTATUS DE VIH?  Sí  No

¿ESTA CONSIENTE SU PAREJA DEL ESTATUS DE VIH DE USTED?  Sí  No

**SI ES POSITIVO DE VIH, COMO CREE HABER SIDO EXPUESTO:**

Madre con riesgo de infección de VIH  Trastorno de Hemofilia o Coagulación  Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Contacto Heterosexual  Compartir de agujas  Otro: \_\_\_\_\_

**CONDUCTA ACTUAL:**  Compartir agujas  Abuso de sustancias no inyectadas  Intercambio de actividad sexual

No hay comportamiento de riesgo  Sexo sin protección  Otro: \_\_\_\_\_

¿FUMA?  
 Yes  No

¿TIENE HISTORIAL DEL USO DE LAS DROGAS/ALCOHOL?  Sí  No

¿ES DIABETICO?  Sí  No

¿HA TOMADO MEDICAMENTO PARA DOLOR POR MÁS TIEMPO DEL RECETADO POR SU MÉDICO?  Sí  No

INGRESO MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_ ¿CUANTOS MIEMBROS DE FAMILIA? \_\_\_\_\_ NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN \_\_\_\_\_

SOLO PARA EL USO DE OFICINA

FOR STAFF USE ONLY

Type of Coverage:  Medical  Dental  Other: \_\_\_\_\_

Self-Pay		Private		State	
Sliding Fee	Schedule: A B C D E F	Covered California: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Medi-Cal	BIC #:
Discount: _____ %		Plan Type: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO		Plan Name (HCP): _____	
		Network: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Effective:	Expires:
		Policy #:		CHDP	BIC #:
		Plan Name:		CPSP	PE#:
		PCP:		Effective:	Expires:
		Policy Effective: \$		Family Pact	HAP#:
		Copay Amount: \$		Effective:	Expires:
		Deductible Amount: \$		SOC	Spenddown Amount: \$

  

**Dates of Verification:** \_\_\_\_\_

**Staff Initials:** \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación certifica que la información proporcionada arriba es factual y precisa. Entiendo que cualquier falsificación, omisión o encubrimiento de la información puede resultar en mi descarga de cualquiera de las clínicas médicas de Wesley Health Centers y/o seré responsable del pago de todos o algunos de los servicios que reciba. También estoy de acuerdo en actualizar mis datos cada que cambie mi situación o por lo menos anualmente.

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_