



Lynn Community Health Center

Forma de Registracion

Nuestro centro de salud es federalmente fundado y estamos requeridos a coleccionar esta informacion cada año. Mantenemos toda su informacion confidencial y su respuesta no afectara el cuidado que usted recibe del Lynn Community Health Center.

PATIENT INFORMATION							
Apellido:	Nombre:	Inicial:					
Fecha de nacimiento: / /	Correo electronico:						
Número de teléfono:	Direccion de casa:	Ciudad:	Código postal:				
Grupo Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro / Afro-American	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	Nacionalidad / País de Origen:				
Estatus de Veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No-Veterano	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estado Marita: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) / viudo(a) / separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<i>Si esta Casado(a), Estado de empleo de su esposo(a)</i> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado				
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sin-Empleo <input type="checkbox"/> Retirado	Estado de Trabajador: <input type="checkbox"/> Migratorio <input type="checkbox"/> Por Temporada <input type="checkbox"/> ninguno	Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Haitian Creole <input type="checkbox"/> Portuguese <input type="checkbox"/> Otro _____				
Estado de Vivienda: <input type="checkbox"/> Con hogar <input type="checkbox"/> De hogar en hogar <input type="checkbox"/> En la calle	<input type="checkbox"/> Vive con otras personas <input type="checkbox"/> Sin hogar y desconosco el albergue /refugio <input type="checkbox"/> Vivo en un albergue/refugio (por favor especifique: _____)	Vivienda Publica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Numero de familia (no puede ser zero):	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7+
Ingreso Anual de la Familia (calcule lo mejor que pueda):							
\$ _____							

Centros de Salud calificados federalmente son una red de seguridad importante en muchas areas. Los centros de salud calificados federalmente son clinicas ambulatorias que califican para sistemas especificos de reembolso bajo Medicare y Medicaid. Los centros comunitarios de salud proveen cuidado primario, preventivo y dental, como tambien salud mental, transtorno de uso de sustancias y otros servicios basados a la comunidad que se necesiten sin importar el estatus de su seguro o habilidad de pago. Estamos requeridos a coleccionar esta informacion para poder recibir fondos por nuestro trabajo. Sin embargo, esta informacion no se utiliza de ninguna manera para rastrearlo a usted o su familia, o para identificarlo con las autoridades legales.