

ES USTED TAMBIEN PACIENTE DE NUESTRA CLINICA MEDICA DE GOSHEN: ____ SI ____ NO



Patient Registration Form Patient Number _____

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo de Nacimiento: () Masculino () Femenino
Favor marcar uno

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección física: _____ PO Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____

Celular: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Estado Civil: _____ Estatus de Estudiante: () Tiempo Completo () Medio tiempo

Favor marcar uno si es aplicable

Identidad Étnica (INDICAR UNO): () Hispano/Latino () No-Hispano/Latino Lenguaje Principal: _____

Raza (INDICAR UNO): () Indio Americano/Nativo de Alaska () Asiático () De Color/Africano Americano
() Nativo Hawái () Nativo de la Polinesia () Blanco () Mas de 1 raza

Nombre del Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador del Paciente: _____ Empleador del Cónyuge: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Información del Responsable de la cuenta: (¿Quién paga los Cobros?)

Nombre del Garante: _____

Teléfono: (____) _____ Número de Trabajo: (____) _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección física: _____ PO Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Empleador: _____

Si el Paciente es menor de edad:

Padre/Tutor legal del Menor (1)

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Teléfono: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____



Patient Registration Form (Page 2) Patient Number _____

Por favor continúe en la próxima página

Padre/Tutor legal del menor (2) [Si es Aplicable]

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Teléfono: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

(***NOTIFICACION IMPORTANTE: La Información del Padre/Tutor legal Listada no Es Autorización y/o Designación de un Representante Personal***)

Estadísticas Demográficas

Característica - Población Especial (Datos utilizados por Goshen Medical Center debido a que es un Centro de Salud Federal Calificado que ofrece la Escala Mínima de Descuento basado en la unidad familiar y el ingreso.)

Por cuanto tiempo ha vivido en los Estados Unidos? _____ Años, _____ meses

Es usted un Veterano de los Estados Unidos? () Si () No

Personas en su Hogar (Favor indicar) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro _____

Promedio de Ingreso en el Hogar (Favor indicar):

<\$11,500 \$11,501-15,000 \$15,001-20,000 \$20,001-30,000 \$30,001-40,000
\$40,001-50,000 \$50,001-60,000 \$60,001-70,000 \$70,001-80,000 \$80,001-90,000 >\$90,000

¿En los últimos 24 meses, usted o sus padres han trabajado en la agricultura pudiera ser cultivando la tierra o cualquier otro trabajo relacionado con la industria agrícola? () Si () No

¿En caso que sea Si, cual aplica? (Vea a continuación)

- () Empleo de Año redondo (residencia permanente en el área)
() Migrante (establece residencia temporal en el área)
() Temporada (residencia permanente en el área)

Tipo de Vivienda para el paciente o padres del paciente/tutor legal si es un menor (indicar uno):

- () Vivienda Publica () Refugio para indigentes () Vivienda Compartida (vivir con otra persona o unidad familiar)
() Alquiler o Propietario () Calle () Transitorio (se mueve de un lugar a otro) () Otro _____

Orientación Sexual (INDICAR UNO):

- () Lesbiana o Homosexual
() Heterosexual (no es Lesbiana ni Homosexual)
() Bisexual/Ambidiestro
() Algo más/ Otra cosa
() No lo sé
() No deseo divulgar/revelar

Identidad de Género (INDICAR UNO):

- () Masculino
() Femenino
() Transexual Masculino/Femenino-a-Masculino
() Transexual Femenino/Masculino-a-Femenino
() Otro
() No deseo divulgar/revelar

Esta visita se debe a una Lesión por un Accidente: Si _____ No _____ Si es Si, Fecha de Lesión: _____ / _____ / _____

Yo certifico que la información provista arriba es verídica y correcta _____
(Firma del Paciente)

(Firma del Padre/Tutor legal si paciente es menor)

(Escriba su nombre/letra de molde)

_____/_____/_____
(Fecha)

NOTA: Recepcionista puede pedirle fuente de pago/tarjeta del seguro médico o identificación con foto antes que sea visto por el medico
APR2016REV

Patient #:

Patient DOB:



DESIGNACION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Esta forma debería ser completada, firmada y fechada a fin de que se considere una designación válida.

**NOTIFICACION IMPORTANTE: UN FORMULARIO COMPLETO SE
REQUIERE PARA CADA REPRESENTANTE PERSONAL DESIGNADO**

DESIGNACION DEL PACIENTE PARA UN REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre del Paciente: _____

Yo por el presente designo a la persona listada abajo que sea mi representante personal y solicito que Goshen Medical Center trate al individuo nombrado de la misma manera que me trataría a mí con respecto a la Información de Salud Protegida. Yo entiendo que esta designación es voluntaria. Yo entiendo que cualquier revelación de mi información de salud protegida conlleva a la posibilidad de que se revele información no autorizada y en ese caso la información ya no estaría protegida por las reglas de confidencialidad federales.

INFORMACION DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre del Representante: _____

Dirección del Representante: _____

Número de Teléfono del Representante: _____

Relación entre el Paciente y Representante: _____

ACCESO A LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA DEL PACIENTE

Al firmar la forma de designación, yo estoy autorizando a mi representante personal a consultar lo siguiente:

_____ Toda la Información de mi Salud Protegida (p. ej. Demográfico, información médica y facturación)

_____ Información de Salud solamente

_____ Información de Facturación solamente

_____ Información de Salud Sensitiva (p. ej. VIH, Sida estatus)

_____ Salud Mental

_____ Información de Cita Solamente

VENCIMIENTO Y REVOCACION

_____ Esta designación se vence el _____

Yo entiendo que puedo revocar esta designación del representante personal, en cualquier momento que yo lo desee, al someter una revocación por escrito. Yo entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento, excepto hasta la extensión que ya se haya tomado acción en orden con la designación.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Servicio Dental De Rosewood

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No _____
- ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No _____
- ¿Esta usted en una dieta especial? Sí No _____
- ¿Usa tabaco? Sí No _____
- ¿Usted usa sustancias controladas? Sí No _____

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
- Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| SIDA / HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretonescon facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | La ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor: _____ Fecha: _____



**Consentimiento del paciente para el tratamiento
Y
Consentimiento de recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad**

Nombre del Paciente: _____ Chart: _____

Entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Goshen Medical Center, Inc. se origina y mantiene papel y / o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento.

Entiendo y he recibido un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que Goshen Medical Center, Inc. no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Goshen Medical Center, Inc. ha tomado ya medidas. Entiendo también que al negarse a firmar este consentimiento a la revocación de este consentimiento, Goshen Medical Center, Inc. puede rechazar el tratamiento. Ante la negativa de firmar este consentimiento, estoy de acuerdo en asumir el riesgo de cualquier lesión o daño causado por la falta de atención médica o tratamiento que surja de o en relación con la negación Goshen Medical Center para proporcionar cualquier cuidado o tratamiento médico.

Además, entiendo que Goshen Medical Center, Inc. se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas de acuerdo con las regulaciones federales. En caso de Goshen Medical Center, Inc. cambia su notificación, el Aviso modificado estará disponible.

Entiendo que como parte del tratamiento de Goshen Medical Center, pago u operaciones de atención de salud, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a la divulgación de estos usos permitidos, incluyendo las revelaciones a través de fax.

Entiendo completamente y acepto los términos de este consentimiento.

Entiendo perfectamente y el declive de los términos de este consentimiento.

Firma del Paciente / Guardián

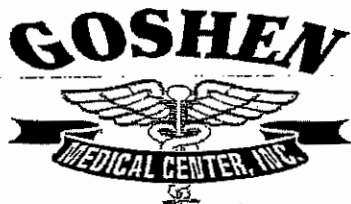
Fecha

Por la presente consiento voluntariamente a los exámenes médicos y / o dentales, tratamientos y procedimientos que se consideren necesarias, a juicio de mi médico, y proveedores de cuidado de la salud, incluyendo pruebas de VIH, exámenes de laboratorio y radiografías. Entiendo que mi información médica es confidencial y está protegida por los Estatutos Generales de Carolina del Norte 130A-143 y no garantiza ni garantías se han hecho para mí en relación con los resultados de los exámenes, tratamientos o procedimientos. Mi firma reconoce que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este formulario de consentimiento.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Los Centros de Salud con apoyo federal de asistencia (Hechos FSHCAA) de 1992 (Pub. L. 102-501) y 1995 (Pub. L. 104-73) se extienden Federal Tort Claims Act (FTCA) protecciones bajo 28 USC 1346 (b), 2401 (b), y 2679-81 para los centros de salud elegibles financiados por el Programa del Centro de Salud, el artículo 330 del Servicio de Salud Pública (PHS) (42 USC 254b), en su versión modificada. Goshen Medical Center, Inc. está protegido por la legislación.



Rosewood Dental Services
104C Adair Drive
Goldsboro, NC 27530
919-648-4437

A partir del 7 de noviembre de 2017

Cualquier paciente dental que falte a tres o más citas en **CUALQUIERA** de nuestras oficinas ya no podrá programar citas con anticipación.

Estaremos dispuestos a ver a los pacientes en esta situación, sin embargo, se convertirá en la responsabilidad del paciente de llamar cuando puedan venir. Trataremos de acomodarlos en nuestra agenda el mismo día o siguiente día acuerdo. Se hará todo lo posible para ver a un paciente en esta situación, pero si el paciente no está dispuesto a hacer esto, entonces será necesario para ellos encontrar otra oficina dental.

Consideramos una cita perdida como cualquier cita que el paciente no se presenta, o llama y cancela sin dar tiempo suficiente para llenar el horarios de su cita. Por lo tanto, si es necesario cancelar una cita, llame a nuestra oficina lo antes posible. Se recomienda al menos dos días de anticipación.

Cualquier paciente que llegue después de su hora de cita, va hacer considerado una falta.

Siempre tratamos de llamar y recordar a los pacientes de sus citas como una cortesía, **pero esto no está garantizado**. Una vez que un paciente hace una cita con nuestra oficina, **ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE RECORDARLA**.

No haremos excepciones a esta política.

Firma de paciente o guardian

Date



MR# _____

“Autodeclaración”

Programa de Descuento Escala Mínima

Agradecemos la oportunidad de brindarle servicios de salud. Todos los registros de los pacientes son estrictamente confidenciales y no se pueden divulgar sin su permiso. Se espera que los servicios recibidos se paguen el mismo día que se reciban. El Programa de descuento de Escala Mínima se basa en el tamaño y los ingresos totales del hogar. Para calificar, debe proporcionar una de las siguientes fuentes de información:

• Copia del cheque de pago ó talones de pago más recientes.
Carta en papel con membrete de la agencia que verifique el estado financiero (es decir, Seguro Social, Autoridad de Vivienda).

Documentación de Asistencia Temporal para las familias necesitadas.

El monto de la Pensión Alimenticia y/o manutención de menores reportada en el documento de Escala Mínima.
Carta del Empleador con fecha reciente que indique el monto de los salarios en bruto (no necesita ser notariada).

Copia de la declaración de Impuestos Federales ó la W-2.
Información sobre Subvenciones para Estudiantes / informe de Ayuda para Estudiantes (autodeclaración en la Escala Mínima).

Si trabaja por cuenta propia, Formularios de Impuestos del año más reciente (W-2 ó 1099).

Carta con Fecha reciente del Cabeza del hogar / familia donde reside el paciente indicando responsabilidad ó ayuda financiera.

Autodeclaración de la información requerida:

Este documento solo se usa durante su visita inicial bajo El Programa de Descuento Escala Mínima

Mi ingreso total de mi hogar es\$ _____

Número total de miembros del hogar de los que usted es responsable financieramente _____

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación |
|--------|---------------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

He leído la información anterior y entiendo los requisitos y la documentación necesarias para solicitar el Programa de descuento Escala Mínima

Además, entiendo que debo traer la verificación de ingresos, si es posible, en la próxima visita, o dentro de los 6 meses de la visita inicial del año calendario de la Escala Mínima. Si no proporciono la información necesaria, seré responsable a pagar el 100% por los servicios recibidos en Goshen Medical Center.

Firma del Paciente: _____ Fecha _____

Firma del Personal: _____ Fecha _____



Formulario de Elegibilidad para el programa de Descuento Escala Mínima

| Nombre | Garante Relación | Fecha de Nacimiento | Ingreso (Bruto) | Frecuencia (Semanal, Quincenal, Por Hora, Mensual o Anual) | Fecha toda Documentación Recibida | Documentación Recibida |
|--------|------------------|---------------------|-----------------|--|-----------------------------------|------------------------|
| | Paciente | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|---|----------------|--------------|
| Hogar / Familia son todas las personas que residen físicamente en el mismo hogar y que son responsabilidad legal del garante. | Ingreso | Hogar |
| | | |

El paciente ó el garante debe proporcionar la documentación para determinar la elegibilidad para la Escala Mínima

1. Entiendo que la información que proporcione en este formulario está sujeta a verificación por parte de Goshen Medical Center.
2. Entiendo y acepto cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de descuento Escala Mínima.
3. Doy fe de que esta información es verdadera, precisa y completa a mi leal entendimiento y comprendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de un hecho puede someterme a la descalificación del Programa de Descuento Escala Mínima.
4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Goshen Medical Center de cualquier cambio en los ingresos o el seguro.

Documentación de Ingresos Aceptables

TALONES DE PAGO
 1099'S
 W2 O DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERALES
 CARTA DE LA COMPANIA CON LOS INGRESOS ANUAL (CARTA DEBE TENER NOMBRE DE CONTACTO Y NUMERO DE TELEFONO)
 CARTA OFICIAL/DOCUMENTOS DEL SEGURO SOCIAL, CORTE, MANUTENCION DE MENORES, ETC.
 FORMA DE VERIFICACION DE INGRESO COMPLETADA Y FIRMADA POR EL EMPLEADOR

Actualmente, no deseo inscribirme en el Programa de Escala Mínima

| | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE | NOMBRE IMPRESO | FECHA |
| GOSHEN STAFF SIGNATURE | PRINTED NAME | DATE |
| GOSHEN STAFF SIGNATURE | PRINTED NAME | DATE |