

**Premier Community HealthCare Group, Inc.**  
**Patient Information Form**

**Información del Paciente**

1. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
2. Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Dirección Física: \_\_\_\_\_
3. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
4. Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono preferido :  Casa  Celular  Trabajo  
Metodo preferido de recordatorio de cita:  Teléfono  Texto  Correo Electrónico  No contacte
5. Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_
6. Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Vuido(a)
7. Sexo:  Hombre  Mujer Esta usted incapacitado?  Si  No

**Preguntas 8 y 9 no se requieren para pacientes menores de 18 años de edad.**

La colección de datos de identidad de género y orientación sexual es importante para ayudar a reducir las disparidades de salud y promover la atención culturalmente competente de la salud.

8. Orientación Sexual (identidad sexual de una persona en relación con el género a los que se sienten atraídos)  
 Lesbiana/Gay  No Lesbiana/Gay  Bisexual  
 Otro \_\_\_\_\_  No Se  Prefiero no declarar
9. Identidad de Género (opinión de una persona de tener un género determinado, que puede o no puede corresponder al género que eran al nacer)  
 Hombre  Mujer  Transgénero Hombre(Mujer a Hombre)  
 Transgénero Mujer(Hombre a Mujer)  Otro \_\_\_\_\_  Prefiero no declarar
10. Raza:  Blanco  Negro  Indio Americano/Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano  
 Otro de Las Islas del Pacifico  Asiático  Mas de una raza
11. Origen Étnico:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_
12. Estado de Empleo:  Empleado  Negocio Propio  Desempleado  Incapacitado  Jubilado  
 Estudiante Tiempo Completo  Estudiante Medio Tiempo Nombre de Empleador o Escuela: \_\_\_\_\_
13. Es usted un veterano militar?  Si  No Le dieron baja military? ?  Si  No Fecha de baja \_\_\_\_\_
14. Arreglos de vivienda:  dueño/renta  Refugio  Esta sin hogar  Vivienda Pública  
 Vivo con amigos  En la Calle/en Carro  Transitorias  Otro \_\_\_\_\_
15. Tiene seguro de salud?  Si  No Nombre de seguro \_\_\_\_\_
16. Tiene el acceso al internet?  Si  No

17. Padre/Guardian Legal: (complete si el Paciente es menor de edad)  
Nombre de Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer  
Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer  
Nombre de Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer
18. Numero De Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico : \_\_\_\_\_
19. Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Vuido(a)
20. Raza:  Blanco  Negro  Indio Americano/Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano  
 Otro de Las Islas del Pacifico  Asiático  Mas de una raza
21. Estado de Empleo:  Empleado  Negocio Propio  Desempleado  Incapacitado  
 Jubilado  Estudiante Tiempo Completo  Estudiante Medio Tiempo

**Premier Community HealthCare Group, Inc.  
Patient Information Form**

22. En los últimos dos años, o antes de la jubilación o incapacidad:

- Usted o el jefe de la familia ha trabajado en la agricultura?     Si     No
- Usted o el jefe de la familia se mueve de una área, a otro condado o estado en busca de trabajo en la agricultura?     Si  No
- Su familia vive en esta área y a ganado más de la mitad de sus ingresos en temporadas en la agricultura?  
 Si     No

23. Es usted un refugiado?     Si     No                      País de origen \_\_\_\_\_

24. Elegí el tamaño de su familia y de los ingresos familiares anuales. *Para fines informativos solamente.*

Total en el hogar	Ingresos Anuales Familiares				
1	\$0 - \$ 12,060	\$12,061 - \$16,040	\$16,041 - \$20,020	\$20,021 - \$24,120	\$24,121 and up
2	\$0 - \$ 16,240	\$16,241 - \$21,599	\$21,600 - \$26,958	\$26,959 - \$32,480	\$32,481 and up
3	\$0 - \$ 20,420	\$20,421 - \$27,159	\$27,160 - \$33,897	\$33,898 - \$40,840	\$40,841 and up
4	\$0 - \$ 24,600	\$24,601 - \$32,718	\$32,719 - \$40,836	\$40,837 - \$49,200	\$49,201 and up
5	\$0 - \$ 28,780	\$28,781 - \$38,277	\$38,278 - \$47,775	\$47,776 - \$57,560	\$57,561 and up
6	\$0 - \$ 32,960	\$32,961 - \$43,837	\$43,838 - \$54,714	\$54,715 - \$65,920	\$65,921 and up
7	\$0 - \$ 37,140	\$37,141 - \$49,396	\$49,397 - \$61,652	\$61,653 - \$74,280	\$74,281 and up
8	\$0 - \$ 41,320	\$41,321 - \$54,956	\$54,957 - \$68,591	\$68,592 - \$82,640	\$82,641 and up

25. Premier participa en el Programa 340B. Este programa es un programa federal del U.S., que requiere que fabricantes de la medicina proporcionen medicinas de consulta externa a organizaciones de salud y entidades cubiertas y elegibles a precios considerablemente reducidos.

Los pacientes de Premier pueden optar por hacer prescribir prescripciones por Premier bajo de este programa, llenos según usando una de las siguiente farmacias. Haciendo por tanto esto permitirá que usted reciba un precio reducido de prescripciones calificadas.

- Walgreens #04811–12807 US Hwy 301, Dade City
- Walgreens #05414 – 9220 Little Rd, New Port Richey
- Walgreens #05604 – 6429 Gall Blvd, Zephyrhills
- Walgreens #06412–28115 SR 54, Wesley Chapel
- Walgreens #11790 – 36515 SR 54, Zephyrhills
- Walgreens #12318 – 2480 US Hwy 19, Holiday
- Walgreens #0440 – 8951 Hudson Ave, Hudson
- Walgreens #03629 – 12028 Majestic Blvd, Hudson
- Walgreens #03836 – 9332 US Hwy 19, Port Richey
- Walgreens #05857 – 740 SR 54, New Port Richey
- Walgreens #07020-Massachusetts Ave, New Port Richey
- Walgreens #07466 – 14217 US Hwy 19, Hudson
- Walgreens #16262 – 105 Mariner Blvd, Spring Hill

Por favor elegí una farmacia en esta lista o elegí su farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Representante del Paciente (si aplica)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Relación a Paciente**

**Office Use Only**

Care Team Member Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_