

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				
	\$0 - \$ 12,140	\$12,141 - \$16,146	\$16,147 - \$20,152	\$20,153 - \$24,280	\$24,281 and up
1	\$0 - \$ 12,140	\$12,141 - \$16,146	\$16,147 - \$20,152	\$20,153 - \$24,280	\$24,281 and up
2	\$0 - \$ 16,460	\$16,461 - \$21,892	\$21,893 - \$27,324	\$27,325 - \$32,920	\$32,291 and up
3	\$0 - \$ 20,780	\$20,781 - \$27,637	\$27,638 - \$34,495	\$34,496 - \$41,560	\$4,1561 and up
4	\$0 - \$ 25,100	\$25,101 - \$33,383	\$33,384 - \$41,666	\$41,667 - \$50,200	\$50,201 and up
5	\$0 - \$ 29,420	\$29,421 - \$39,129	\$39,130 - \$48,837	\$48,838 - \$58,840	\$58,841 and up
6	\$0 - \$ 33,740	\$33,741 - \$44,874	\$44,875 - \$56,008	\$56,009 - \$67,480	\$67,481 and up
7	\$0 - \$ 38,060	\$38,061 - \$50,620	\$50,621 - \$63,180	\$63,181 - \$76,120	\$76,121 and up
8	\$0 - \$ 42,380	\$42,381 - \$56,365	\$56,366 - \$70,351	\$70,352 - \$84,760	\$84,761 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 #03629 – 12028 Majestic Blvd, Hudson
- Walgreens #05414 – 9220 Little Rd, New Port Richey
- Walgreens #03836 – 8400 US Hwy 19, Port Richey
- Walgreens #05604 – 6429 Gall Blvd, Zephyrhills
- Walgreens #05857 – 7420 SR 54, New Port Richey
- Walgreens #06412–28115 SR 54, Wesley Chapel
- Walgreens #06886-Massachusetts Ave, New Port Richey
- Walgreens #11790 – 36515 SR 54, Zephyrhills
- Walgreens #07466 – 14217 US Hwy 19, Hudson
- Walgreens #12318 – 2480 US Hwy 19, Holiday
- Walgreens #16262 – 105 Mariner Blvd, Spring Hill
- Walgreens #0440 – 8951 Hudson Ave, Hudson

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: _____