**Información del Paciente**

1. Nombre\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección Fisica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
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

1. Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Estado Civil: □ Soltero(a) □ Casado(a) □ Divorciado(a) □ Vuido(a)
3. 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.**

1. 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

1. 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

1. Raza: □ Blanco □ Negro □ Indio Americano/Nativo de Alaska □ Nativo Hawaiano

 □ Otro de Las Islas del Pacifico □ Asiático □ Mas de una raza

1. Origen étnico: □ Hispano/Latino □ No Hispano/Latino Lenguage Preferido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Estado de Empleo: □ Empleado □ Negocio Propio □ Desempleado □ Incapacitado □ Jubilado □ Estudiante Tiempo Completo □ Estudiante Medio Tiempo Nombre de Empleador o Escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Es usted un veterano militar? □ Si □ No Le dieron baja military? ? □ Si □ No Fecha de baja\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Arreglos de vivienda: □dueno/renta □ Refugio □ Esta sin hogar □ Vivienda Pública

□ Vivo con amigos □ En la Calle/en Carro □ Transitorias □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tiene seguro de salud? □ Si □ No Nombre de seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Tiene el acceso al internet? □ Si □ No
3. 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

1. Numero De Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección de Correo Electrónico : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Estado Civil: □ Soltero(a) □ Casado(a) □ Divorciado(a) □ Vuido(a)
3. 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

1. 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

1. Es usted un refugiado? □ Si □ No Pais de origen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Total en el hogar** | ***Ingresos Anuales Famillares*** |
| 1 | $0 - $ 12,490 | $12,491 - $16,612 | $16,613 - $20,733 | $20,734 - $24,290 | $24,981 | and up |
| 2 | $0 - $ 16,910 | $16,911 - $22,490 | $22,491 - $28,071 | $28,072 - $33,820 | $33,821 | and up |
| 3 | $0 - $ 21,330 | $21,331 - $28,369 | $28,370 - $35,408 | $35,409 - $42,660 | $42,661 | and up |
| 4 | $0 - $ 25,750 | $25,751 - $34,248 | $34,429 -$42,745 | $42,746 - $51,500 | $51,501 | and up |
| 5 | $0 - $ 30,170 | $30,171 - $40,126 | $40,127 - $50,082 | $50,083 - $60,340 | $60,341 | and up |
| 6 | $0 - $ 34,590 | $34,591 - $46,005 | $46,006 - $57,419 | $57,420 - $69,180 | $69,181 | and up |
| 7 | $0 - $ 39,010 | $39,011 - $51,883 | $51,884 - $64,757 | $64,758 - $78,020 | $78,021 | and up |
| 8 | $0 - $ 43,430 | $43,431 - $57,762 | $57,763 - $72,094 | $72,095 - $86,860 | $86,861 | and up |

1. 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 #16526 – 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 #6886- 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 #4400 – 8951 Hudson Ave, Hudson □ Walgreens #2192 – 11180 Spring Hill Dr, Spring Hill

□ Walgreens #3793–4510 US Hwy 19, New Port Richey □ Walgreens #5131 – 10401 Little Rd, New Port Richey

□ Walgreens #7916 – 20020cortez Blvd, Brooksville □ Walgreens #12391-4096 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**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**