

Premier Community HealthCare Group, Inc.
Patient Information Form

Información del Paciente

1. Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____
2. Dirección: _____ Apartamento: _____
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

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

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 Language 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
14. Arreglos de vivienda: ☐ dueño/renta ☐ Refugio ☐ Esta sin hogar
☐ 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. 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

24. 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 #4811 – 12807 US Hwy 301, Dade City | ☐ Walgreens #3629 – 12028 Majestic Blvd, Hudson |
| ☐ Walgreens #5414 – 9220 Little Rd, New Port Richey | ☐ Walgreens #3836 – 9332 US Hwy 19, Port Richey |
| ☐ Walgreens #5604 – 6429 Gall Blvd, Zephyrhills | ☐ Walgreens #5857 – 740 SR 54, New Port Richey |
| ☐ Walgreens #6412 – 28115 SR 54, Wesley Chapel | ☐ Walgreens #7020 - Massachusetts Ave, New Port Richey |
| ☐ Walgreens #11790 – 36515 SR 54, Zephyrhills | ☐ Walgreens #7466 – 14217 US Hwy 19, Hudson |
| ☐ Walgreens #12318 – 2480 US Hwy 19, Holiday | ☐ Walgreens #16262 – 105 Mariner Blvd, Spring Hill |
| ☐ Walgreens #440 – 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: _____