

**Complete este formulario en su totalidad.**

<b>Nombre Legal en ID</b> (Apellido, Nombre)		<b>Fecha De Nacimiento</b> (mes/día/año)	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Número de Teléfono:</b>		<b>Contacto de Emergencia:</b>	
<b>Correo Electrónico:</b>		Nombre:	
<b>Estado Civil:</b>		Relación:	Teléfono:
<b>Raza:</b> <i>(Se puede seleccionar una o más categorías)</i> <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> India americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca/latina <input type="checkbox"/> Blanca/no latina <input type="checkbox"/> Otra raza		<b>Sexo que se Identifica:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trans M/F <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No Latino		<b>Idioma Preferido:</b>  <b>Veterano/a</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Origen Hispano:</b> <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Latino en general <input type="checkbox"/> Mexicano/mexicano-americano/chicano <input type="checkbox"/> Otro español/Latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Desconocido		<b>Sin Hogar</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		<b>Trabajador/a agrícola</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Información de Ingresos**

Sea Mar solicita esta información a todos los pacientes con fines de informes anónimos. Por favor haga un círculo en la categoría que le corresponda.

Family Size	Income Level					
	0 - \$12,880	\$12,881-\$16,100	\$16,101-\$19,320	\$19,321-\$22,540	\$22,541-\$25,760	\$25,761+
1	0 - \$17,420	\$17,421-\$21,775	\$21,776-\$26,130	\$26,131-\$30,485	\$30,486-\$34,840	\$34,841+
2	0 - \$21,960	\$21,961-\$27,450	\$27,451-\$32,940	\$32,941-\$38,430	\$38,431-\$43,920	\$43,921+
3	0 - \$26,500	\$26,501-\$33,125	\$33,126-\$39,750	\$39,751-\$46,375	\$46,376-\$53,000	\$53,001+
4	0 - \$31,040	\$31,041-\$38,800	\$38,801-\$46,560	\$46,561-\$54,320	\$54,321-\$62,080	\$62,081+
5	0 - \$35,580	\$35,581-\$44,475	\$44,476-\$53,370	\$53,371-\$62,265	\$62,266-\$71,160	\$71,161+
6	0 - \$40,120	\$40,121-\$50,150	\$50,151-\$60,180	\$60,181-\$70,210	\$70,211-\$80,240	\$80,241+
7	0 - \$44,660	\$44,661-\$55,825	\$55,826-\$66,990	\$66,991-\$78,155	\$78,156-\$89,320	\$89,321+
Other (Provide Write-In Household Size and Income):						



## Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento

---

La Notificación de Prácticas de Privacidad de Información Protegida de Salud describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, cómo puede obtener acceso a esta información y con quién comunicarse si tiene preguntas, inquietudes o quejas.

Sea Mar tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de su información, proporcionar un aviso de prácticas de privacidad y seguir las prácticas de información que se describen en este aviso. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Vicepresidente de Asuntos Corporativos y Jurídicos de Sea Mar al 206.763.5277.

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad y los Derechos y Responsabilidades del Paciente de los Centros de Salud Comunitarios Sea Mar. Sea Mar le anima a revisar estos avisos cuidadosamente.

Acuso recibo del aviso de prácticas de privacidad de los Centros de Salud Comunitaria de Sea Mar y Derechos y Responsabilidades del Paciente.

---

Paciente o firma legalmente autorizada

---

Fecha

---

Hora

---

Nombre impreso si firmado en nombre del paciente

---

Relación  
(Padre, tutor legal, representante personal)

Nombre del paciente: <<PName>  
Fecha de Nacimiento: <<PDOB>>  
Identificación del Paciente: <<PNumber>>  
*Este formulario se mantendrá en su expediente médico.*

## Solicitud para la Escala de Descuento de Tarifas

Para cumplir con las regulaciones federales y proporcionarle un descuento en los servicios de Sea Mar, es necesario que llene este formulario, conteste algunas preguntas personales y proporcione una prueba de ingresos. Sus respuestas se guardarán en archivo y en estricta confidencialidad.

Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Identificación del paciente:
Tamaño del hogar:	Ingresos anuales:	<input type="checkbox"/> Elijo <b>NO</b> proveer mis ingresos.

**Opto por no solicitar la escala de descuento de tarifas.** Por favor, firme y date abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Yo elijo aplicar para el descuento de escala de tarifas.** La escala de tarifas deslizando está disponible para todos los pacientes, independientemente del estado del seguro. Si tiene un seguro, el descuento de la escala de tarifas deslizando puede aplicarse a los cargos no cubiertos por el seguro. Complete el formulario completo para determinar el descuento elegible.

Los miembros del hogar	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)	SEGURO DE SALUD	RELACIÓN	PACIENTE DE SEA MAR?	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					

FUENTE DE INGRESO	INGRESOS ANUALES	Para ti	Para el cónyuge	Para niños	Para Otros	Sub Total	
	Salarios Brutos, Salarios, Propinas						\$ 0.00
	Seguridad Social y Pensiones						\$ 0.00
	Beneficios de Añualidad y Veteranos						\$ 0.00
	Mantenimiento de hijos y pensión alimenticia						\$ 0.00
	Autoempleo y Otros						\$ 0.00
	Por otro," por favor explique:						
<b>TOTAL</b>						<b>\$0.00</b>	

Al firmar abajo, estoy de acuerdo en proveer a los Centros de Salud Comunitarios de Sea Mar una prueba de ingresos para todas las personas mencionadas arriba. Aceptable prueba de ingresos incluye, pero no se limita a, declaraciones de seguridad social, talones de cheque de pago (dos más recientes), carta de asistencia pública, formulario de declaración de impuestos, formulario W-2, talón de cheque de L & I, talón de cheque de desempleo.

Entiendo que se me pedirá que vuelva a solicitar la escala de tarifas por lo menos una vez al año para que Sea Mar pueda mantener una solicitud actualizada en el archivo. Certifico que la información proporcionada es exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si a sabiendas doy información falsa que resulte en ayuda para la cual no soy elegible, estaré sujeto a procesamiento criminal. Doy mi consentimiento para liberar cualquier información de cualquier fuente necesaria para verificar la información que he dado.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

El paciente es elegible para la escala de descuento de tarifas:  Si  No SFS Status (circle one): A B C D E F

POI solicitado: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ POI recibidos: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

## Formulario demográfico de la comunidad

Por favor responda a las preguntas siguientes. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte con su terapeuta durante su primera cita.

Nombre del paciente:	Identificación del Paciente:
Nombre del paciente preferido:	
Pronombres: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos /Ellas/Los/ Las <input type="checkbox"/> Otros _____	

<p><b>Identidad de género</b></p> <p>¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado de nacimiento original (marque uno)?</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Algo distinto <input type="checkbox"/> Negarse a contestar</p> <p>¿Te consideras a ti mismo como (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre  <input type="checkbox"/> Mujer  <input type="checkbox"/> Mujer a hombre (FTM) / hombre Transgénero / hombre trans  <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer (MTF) / Mujer Transgénero / mujer trans  <input type="checkbox"/> Género Queer, ni exclusivamente masculino o femenino  <input type="checkbox"/> Categoría de género / Otro adicional, especifique: _____  <input type="checkbox"/> Negarse a contestar</p>
<p><b>Orientación Sexual</b></p> <p>¿Te consideras a ti mismo como (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (ni gay, ni lesbiana) <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Algo más, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar</p>
<p><b>Estado Migratorio y Temporal de Trabajadores Agrícolas</b></p> <p>En los últimos dos años, ¿ha trabajado usted o un miembro de su familia en la agricultura / ganadería, silvicultura o pesca como su principal empleo incluyendo, pero no limitado a: Preparar, regar o pulverizar los campos, viveros, huertos; Plantación, recolección, clasificación, embalaje o transporte de frutas, verduras, granos, nueces, plantas, tabaco, lúpulo, flores, hierba, alfalfa, heno u otros productos agrícolas; Plantar árboles, trabajar con árboles de Navidad, recoger agujas de pino o musgo español; ¿Trabajan en granjas que producen pollo, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, caballos, pescados, mariscos, etc.?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha dejado usted o un miembro de su familia de migrar a trabajar en la agricultura debido a la discapacidad o la vejez?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Usted o un miembro de su familia eligió no establecer un hogar temporal para trabajar en la agricultura debido a una discapacidad o vejez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>En los últimos dos años, ¿ha trabajado usted o un miembro de su familia en la agricultura sobre una base estacional sin la necesidad de establecer un hogar temporal?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Estado de la vivienda</b></p> <p>¿Actualmente vive con amigos o familiares, en su auto, en un refugio, en un hotel o en la calle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, elija una de las siguientes opciones que mejor describa su situación actual:</p> <p><input type="checkbox"/> compartir una habitación con varias personas por tiempo limitado <input type="checkbox"/> albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición  <input type="checkbox"/> Me niego a contestar</p>
<p><b>Other Demographics</b></p> <p>¿Es usted un veterano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

### Reconocimiento del Paciente

He leído y entendido la información anterior y declaro que la información proporcionada es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

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

Fecha \_\_\_\_\_