**Formulario Básico de Admisión**

¡Bienvenido! Cuéntenos un poco sobre usted para que podamos ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Pedimos información demográfica para cumplir con los requisitos de nuestros financiadores. Toda su información personal es confidencial. Consulte las preguntas frecuentes que se incluyen para obtener más información y orientación sobre cómo llenar este formulario.

|  |
| --- |
|  **Contacto e Información Demográfica:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |            |  **Segundo Nombre:** |            |
| **Apellido:** |            |  **Apodo:** |            |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de nacimiento:** |            |  **Edad:** |            |
| **Dirección particular** Línea 1: |            |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): |            | Ciudad: |            |
| C.P.: |            | Condado: |            | Estado: |            |
| **Dirección postal** Línea 1: |            |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): |            | Ciudad: |            |
| C.P.: |            | Condado: |            | Estado: |            |

|  |
| --- |
| **Dirección postal Igual que la dirección de casa** |[ ]
| **Inicio Ubicación Comentarios** (indicaciones adicionales sobre la dirección particular o postal): |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono particular:** |            | **Teléfono celular:** |            |
| **Correo electrónico:** |            |

|  |
| --- |
| **Género:** [ ]  Masculino [ ]  Femenino [ ]  No binario/Tercer género  |

 **Me identifico como:** [ ]  Transgénero [ ]  Cisgénero (identificarse con su género al nacer)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Género, si no indicado:  |  |

|  |
| --- |
| **Origen étnico:** [ ]  Hispano o latino [ ]  No hispano ni latino |
| **Raza, marque todo lo que corresponda:** |
| [ ]  Indígena americano o Nativo de Alaska | [ ]  Del Oriente Medio o Del Norte de África |
| [ ]  Asiático o Asiático estadounidense | [ ]  Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico |
| [ ]  Negro o Afroamericano | [ ]  Blanco |
| [ ]  Raza, si no indicada:  |       |
| **Vive:** [ ]  Solo [ ]  Con otras personas ¿**Es usted un veterano de guerra?** [ ]  Sí [ ]  No |
| **Número de personas que viven en su hogar** (incluido usted):  |       |

**¿Sus ingresos son superiores o inferiores a la cifra establecida para el tamaño de su hogar?**

[ ]  Superiores [ ]  Iguales/Inferiores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tamaño del grupo familiar | Ingresos mensuales | Ingresos anuales: |
| 1 | $1,304 | $15,650 |
| 2 | $1,763 | $21,150 |
| 3 | $2,221 | $26,650 |
| 4 | $2,679 | $32,150 |
| Por cada persona adicional, agregue $5,500 a los ingresos anuales |
|  |

|  |
| --- |
| **Necesidades de Comunicación y Servicios:** |

**Seguro médico** (marque todo lo que corresponda):

☐ Medicare ☐ Medicare Advantage (Parte C) ☐ Medicaid ☐ Exención de Medicaid

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Privado | [ ]  Ninguno | [ ]  Otro, si no indicada: |       |

**¿Desea conocer otros servicios?** ☐Sí ☐ No

**En caso afirmativo, ¿cómo podemos ponernos en contacto con usted?**

☐ Correo electrónico ☐ Correo postal ☐ Teléfono

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué servicios le interesarían?** |       |
|       |

**¿Le interesaría aprender sobre nutrición y una alimentación saludable?**

[ ]  Sí [ ]  No

Si es si, está invitado a inscribirse a Text2LiveHealthy, un programa de educación sobre nutrición que se le entrega a través de un mensaje de texto. Escanee este código QR con la cámara de su teléfono para inscribirse o envíe un mensaje de texto con la palabra FRUTA al 97699.

Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Envíe AYUDA para obtener información o envíe ALTO al 97699 para cancelar su suscripción. No es necesario comprar. Para obtener más información,

visite: <https://coloradosph.cuanschutz.edu/text2livehealthy>​

|  |
| --- |
|  **Contacto de Emergencia:** |
| **Nombre:** |            |
| **Teléfono:** |            |  **Parentesco:**  |            |

**Divulgaciones y Exenciones**

*Fui informado de las políticas relativas a los aportes voluntarios, los procedimientos para presentar quejas y los derechos de apelación. Soy consciente de que, para recibir los servicios solicitados, puede ser necesario compartir información con otros departamentos o proveedores de servicios y doy mi consentimiento para ello.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma:**  |            |  **Fecha:** |            |

***Para uso exclusivo de la oficina –***

*(Si lo completa un asesor o lo hace por teléfono, pídale que marque aquí y que firme a continuación* [ ] )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Llenado por:**  |            |  **Fecha:** |            |