HOJA DE INGRESOS

DEPARTAMENTO DE SALUD DE NORTH DAKOTA
PROGRAMA DE PLANEACIÓN FAMILIAR
SFN 8625 (Rev. 8-2012)

Hay cargos por los servicios proveídos. Estos cargos pueden recibir descuentos en base a sus ingresos y el tamaño de su familia. El pago se requiere al mismo tiempo de su visita; sin embargo, si no puede dar el pago completo o en esta ocasión, le pedimos que haga arreglos para pagar el saldo restante.

Nombre		Gender ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado / CP
Estado Marital / Años de Escuela	Correo electrónico		Teléfono ( ) -
Ocupación	Nombre del Empleo		Teléfono de Trabajo ( ) -
Raza Marque todas las opciones que apliquen ☐ Blanco ☐ Indio Americano ☐ Negro o Afro-Americano ☐ Isleño del Pacifico ☐ Asiático ☐ Desconocido			
Etnicidad Marque una por lo menos ☐ De Origen Hispano ☐ No Hispano ☐ origen Desconocido			
Si es necesario contactarle referente a alguna cita o a resultados de laboratorio, ¿podemos llamarle o enviar correo a la dirección de arriba? ☐ Sí ☐ No		¿Cuál es el mejor tiempo? ☐ en las Mañanas ☐ en las Tardes	Si no ¿cómo podemos contactarle?
¿A quién podemos contactar en caso de emergencia?		¿Cuál es su relación con esta persona?	Teléfono o email de esta persona

INGRESOS BRUTOS de Usted solamente (antes de impuestos)

Saldo por hora	X	Horas por semana	=	Total (Antes de impuestos)

Otros ingresos domésticos (incluye esposo/a o pareja)

Saldo por hora	X	Horas por semana	=	Total (Antes de impuestos)

Otros ingresos domésticos (pagos para apoyo de niños (child support), pagos del seguro social, propinas, y desempleo)

Total mensual (Antes de impuestos)

Número total de adultos dependiendo de este ingreso	Número total de menores de edad dependiendo de este ingreso

¿Recibe Asistencia Medica/Medicaid? ☐ Sí ☐ No	Numero de Identificación	¿Tiene Seguro Médico? ☐ No ☐ Si-para reclamar un pago, complete la siguiente información:	
Nombre de la Aseguranza		Numero de Contrato	
Dirección		Ciudad	Estado / CP
Nombre del titular de la póliza		Fecha de Nacimiento	Relación con el titular

_____ (Escriba sus iniciales) Autorizo compartir cualquier información médica necesaria para el proceso de reclamo de aseguranza y pago de beneficios de aseguranza medica.

Tobacco Use (client) ☐ Yes ☐ No

Para asegurar confidencialidad, por favor indique el método pago preferido por cualquier balance al término de esta u otras visitas.

Client Signature			Date
Chart Number	Total Gross Income	Income Code / %	Staff Initials

ACEPTAMOS DONACIONES