

Beaufort County Health Department Información de Registración y financiera del Cliente

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellidos: _____

Otros Nombres que Usted Usa: _____ Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección de Correo (incluyendo Ciudad, Estado, y Código Postal):

Teléfono de Casa: _____ # de Teléfono del Trabajo: _____ # de Celular: _____

¿Podemos contactarle por carta? Sí No – ¿Si es no, podemos enviarle un sobre en blanco sin dirección de regreso? Sí No

¿Podemos Contactarle por teléfono? Sí No

Lenguaje primario: Ingles Español Otro: _____

Estado Marital: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Raza: Blanco Hispano Nativo Americano Asiático Africano Americano

Por favor enliste a los miembros de su familia que viven en su casa y su ingreso. La elegibilidad es Buena por un año al menos que haiga un cambio en el ingreso mencionado abajo.

Nombre	Relación con el Paciente	Ingreso Ganado
	Usted	

Numero de la Familia	Ingreso Total
----------------------	---------------

Pruebas del Ingreso
 Declaración de uno mismo

Para los niños que reciben servicios para vacunas: Nombre del Padre o Tutor: _____
 # de Seguro Social del Padre o Tutor: _____

Mi firma debajo indica con lo mejor de mi conocimiento que este ingreso es verdadero y correcto. Las pruebas del ingreso son solicitadas dentro de 14 días para determinar la elegibilidad de la escala de cobro.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____