

# The Free Clinic of the Twin Counties

Please provide the following items at intake:

Proof of Income (paycheck stub, current tax return, letter of support)

Proof of Residency (any bill mailed to you at your address)

Photo ID

Medicaid Cards, if applicable.

\$35.00 administrative fee (1<sup>st</sup> year)

If you don't speak English, you will be required to provide an interpreter.

La clínica gratuita de los condados gemelos  
Proporcione los siguientes elementos al momento  
de la admisión:

Comprobante de ingresos (talón de cheque de pago,  
declaración de impuestos actual, carta de apoyo)

Comprobante de residencia (cualquier factura que  
se le envíe por correo a su dirección)

identificación fotográfica

Tarjetas de Medicaid, si corresponde.

Tarifa administrativa de \$ 35.00 (1er año)

Si no habla inglés, se le pedirá que proporcione un intérprete.

FREE CLINIC OF THE TWIN COUNTIES

PATIENT APPLICATION

<b>CLINIC USE ONLY:</b>	<b>Paid: \$</b> _____
Clinic Card Expires: ___/___/___	
Income Verification: Pay Stub ___ Tax Form ___ W2 ___	
FS Letter ___ Other ___ FPL% ___ Income: _____	

NAME/NOMBRE: First/Primero- \_\_\_\_\_

Middle/Segundo \_\_\_\_\_

Last/Apellido- \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECCION: \_\_\_\_\_

CITY/CIUDAD: \_\_\_\_\_ STATE/ESTADO: \_\_\_\_\_

ZIP/CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DOB/FECHA de NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SSN/NUMERODELA TARJETA VERDE: \_\_\_\_\_

MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL : \_\_\_ Single/Soltero \_\_\_ Married/Casado \_\_\_ Divorced/Divorciado \_\_\_ Legally Separated/Separado legalmente \_\_\_ Never Married/Nunca Casado \_\_\_ Widowed/Viuda

SEX/SEXO: \_\_\_ Female/Femenino \_\_\_ Male/Masculino

Home Phone/Numero de telefono de casa: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Cell Phone/ Numero de Celular: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Work/Numero del Trabajo \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

E-MAIL/Correo eletronico: \_\_\_\_\_

Contact Preference/Como prefiere que lo contactemos?: \_\_\_\_\_

Patient Portal Registration/Registraciones portales \_\_\_yes/si \_\_\_no/no

Consent to text/Te Podemos mandar un un mensaje de texto para los recordatorios de las citas?: \_\_\_yes/si \_\_\_no/no

Do you have Health Insurance/Tienes Seguro medico? \_\_\_ yes/si \_\_\_ no/no

Medicaid/Seguro de enfermedad? \_\_\_yes/se \_\_\_no/no

Are you homeless/Estas sin hogar? \_\_\_yes/si \_\_\_no/no Are you a veteran/Eres un veterano? \_\_\_yes/si \_\_\_no/no

How many people live in your home/Cuantas personas viven en casa? \_\_\_\_\_

Primary Language/Lenguaje primario: \_\_\_\_\_

Secondary Language/Lengua Secundaria( if any): \_\_\_\_\_

RACE/RAZA: \_\_\_\_\_ ETHNICITY/ETHNICIDAD: \_\_\_\_\_

FAMILY SIZE/TAMANO DO LAA FAMILIA: \_\_\_\_\_ INCOME/INGRESO: \_\_\_\_\_

HOW OFTEN PAID/CON QUE FRECUENCIA SE PAGA? \_\_\_\_\_

EMPLOYER/EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

PREFERRERED PHARAMACY/FARMACIA PREFERIDA: \_\_\_\_\_

RELEASE MEDICATION/MEDICAL INFORMATION DIVULGACION DE MEDICINA/INFORMACION MEDICA: \_\_\_\_ yes/si  
\_\_\_\_ no

IF YES, NAMESI ES ASI, NOMBRE: \_\_\_\_\_

PHONE/TELEFONO: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA:

NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_

PHONE/TELEFONO: \_\_\_\_\_

APPLICANT SIGNATURE/FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DATE/FECHA: \_\_\_\_\_

OFFICE SIGNATURE/FIRMA DEL PERSONAL DE OFICINA: \_\_\_\_\_

DATE/FECHA: \_\_\_\_\_