

Ohlen R. Wilson Health Center
Dental Clinic

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

\$25.00 Fee Per Visit

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

Tarifa \$ 25.00 (por visita)

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

Clinic Use Only: Paid: \$ _____
Clinic Card Expires: ____/____/____
Income Verification: Pay Stub ____ Tax Form ____ W2 ____
S Letter ____ Other ____ FPL% ____ Income: _____

**Ohlen R. Wilson
Patient Application**

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/Masculine

Home Phone/Numero de telefono de casa: ____ - ____ - ____ Cell Phone/ Numero
de Celular: ____ - ____ - ____ Work/Numero del Trabajo ____ - ____ - ____

E-MAIL/Correo electronico: _____

Contact Preference/Como prefiere que lo contactemos?: _____

Patient portal Registration/Registaciones 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/Etnicidad: _____

Family Size/Tamano Do LAA Familia: _____ Income/Ingreso: _____

How Often Paid/Con Que Frecuencia Se Paga? _____

Employer/Empleador) _____

Preferred Pharmacy/Farmacia Preferida: _____

Release Medication/Medical Information/ Di Vulgacion De Medicina/Información Medica: _____ Yes/si _____ No

If Yes, Name/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: _____