

# Ohlen R. Wilson Health Center

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.

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 eletrónico: \_\_\_\_\_

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/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: \_\_\_\_\_