



Leading you to better health!

LA SIGUIENTE INFORMACION LO AYUDARA A OPTIMIZAR DE NUESTROS SERVICIOS:

1. ¿Tiene problemas de audición o visión que requieran asistencia?

• Si • No

2. Marque lo que corresponda:

☐ Veterano ☐ Migrante ☐ Trabajador de temporada ☐ Vivienda pública ☐ Sin hogar

3. ¿Necesita asistencia de transportación a la clínica?

• Si • No

4. Ingreso del Hogar \$_____ • Anual • Mensual • Semanal

Numero de Personas en el Hogar _____

5. ¿Desea recibir asistencia para solicitar Medicaid o el Plan Healthy Indiana?

• Si • No

6. ¿Está interesado(a) en solicitar la Escala de Tarifa de Descuento de WHN?

(Programa basado en ingresos para descuento de servicios) ¿Preguntas? Hable con recepción.

• Si • No

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Guardian Legal

Fecha

WHN Staff Member: _____ Date: _____