

El Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson

HOJA PRINCIPAL

Fecha: _____

Razón de su visita hoy: _____

Nombre Legal: _____

(Primer)

(2º nombre)

(Apellido)

Dirección _____

de Correo: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección _____

Física: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Está bien para recibir correo a la dirección mencionada arriba? _____ Sí _____ No

Condado de Residencia: _____

Número de Teléfono de la Casa: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ M

(Hombre)

_____ F

(Mujer)

Número de Seguro Social: _____

Raza: _____

Grupo Étnico: _____

Idioma Preferido: _____

¿Usted tiene Medicaid? _____ Sí _____ No

(Si tienes una tarjeta, por favor téngalo listo para hacerle una copia)

¿Es usted un empleado del Condado de Jackson? _____ Sí _____ No

Nombre del asegurado como aparece en la tarjeta: _____

Número de Identificación del asegurado _____

Número de Seguro Social del asegurado _____

(Por favor tenga la tarjeta lista para copiar)

Podemos facturar los seguros privados para las siguientes clínicas solamente: **Planificación Familiar, Salud Maternal y Salud del Niño**

Si usted está aquí para estas clínicas, por favor proporcione su información del seguro debajo así podemos facturar con precisión:

Nombre del asegurado como aparece en la tarjeta: _____

Número de Identificación del asegurado _____

Número de Seguro Social del asegurado _____

(Por favor tenga la tarjeta lista para copiar)

Para actualizar las vacunas, por favor proporcione el siguiente:

Apellido de la Madre

Primer Nombre de la Madre

Apellido Soltera de la Madre