Fecha_____ **Encuesta para el Paciente**

Por favor díganos acerca de usted o, si está acompañando a un paciente, díganos acerca del paciente que está pasando consulta hoy. Esta información nos ayudará a continuar adquiriendo la ayuda del Cuerpo de Servicio de Salud Nacional (National Health Service Corps). Agradecemos mucho su cooperación y sus respuestas serán guardadas estrictamente confidenciales.

No incluya su nombre u otra información que lo identifique en la hoja de la encuesta.

NOTA: Si usted ha completado esta encuesta en una visita reciente, por favor no la complete otra vez.

1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del paciente? (Mes/día/año) _____/_____/_____

2. ¿Es el paciente ☐ Masculino ***(1)*** ☐ Femenino ***(2)***?

3. ¿A qué raza pertenece el paciente? (Favor de marcar uno)
☐ Asiático ***(1)*** ☐ Indio americano o nativo de Alaska ***(2)*** ☐ Negro o afroamericano ***(3)***
☐ Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacífico ***(4)*** ☐ Blanco ***(5)*** ☐ Otro ***(6)***

4. ¿Sería conveniente para el paciente comunicarse en otro idioma que no fuera inglés?
☐ Sí ***(1)*** ☐ No ***(2)***

5. ¿Es el paciente hispano o latino? ☐ Sí ***(1)*** ☐ No ***(2)***

Por favor marque el cuadro junto al número de miembros de la familia que viven en la casa del paciente y luego marque a la derecha la cantidad apropiada del ingreso antes de deducir los impuestos:

Family Size	> > > > > > > > > > > **Income Range** < < < < < < < < < < <		
	(1)	***(2)***	***(3)***
☐ 1 persona→	☐ $0 - $8,590	☐ $8,591 - $17,180	☐ más de $17,180
☐ 2 personas→	☐ $0 - $11,610	☐ $11,611 - $23,220	☐ más de $23,220
☐ 3 personas→	☐ $0 - $14,630	☐ $14,631 - $29,260	☐ más de $29,260
☐ 4 personas→	☐ $0 - $17,650	☐ $17,651 - $35,300	☐ más de $35,300
☐ 5 personas→	☐ $0 - $20,670	☐ $20,671 - $41,340	☐ más de $41,340
☐ 6 personas→	☐ $0 - $23,690	☐ $23,691 - $47,380	☐ más de $47,380
☐ 7 personas→	☐ $0 - $26,710	☐ $26,711 - $53,420	☐ más de $53,420
☐ 8 personas→	☐ $0 - $29,730	☐ $29,731 - $59,460	☐ más de $59,460
☐ 9 personas→	☐ $0 - $32,750	☐ $32,751 - $65,500	☐ más de $65,500
☐10 personas→	☐ $0 - $35,770	☐ $35,771 - $71,540	☐ más de $71,540
☐ 11 personas→	☐ $0 - $38,790	☐ $38,791 - $77,580	☐ más de $77,580
☐ 12 personas→	☐ $0 - $41,810	☐ $41,811 - $83,620	☐ más de $83,620
☐ 13 personas→	☐ $0 - $44,830	☐ $44,831 - $89,660	☐ más de $89,660

Si hay más de 13 personas, ¿cuál es el tamaño de la familia del paciente?___ y ¿el ingreso? $_____

6. ¿Cómo se pagará la consulta? (marque uno)
(marque el medio de pago más importante)
☐ Medicare ***(1)***
☐ Medicaid ***(2)***
☐ Otro Seguro de Asistencia Pública ***(3)***
☐ Seguro privado ***(4)***
☐ Pago al contado ***(5)***

Por favor doble esta hoja y póngala en la caja que está en el mostrador/escritorio situado al frente. Gracias.