



423 Route 9 North, CMCH, NJ 08210 / 3073 English Creek Ave, EHT, NJ 08234 / (609)463-2846 / info@vimcmc.org

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| New Patient please complete | <input type="checkbox"/> Condado de Cape May: | | <input type="checkbox"/> Condado de Atlantic: | | | |
| | Fecha: | Fecha de nacimiento: | Language Preferida | <input type="checkbox"/> Ingles | <input type="checkbox"/> Espanol | |
| | Información del paciente | | | | | |
| | Apellido: | | Nombre : | | Segundo Nombre: | |
| | Direccion: | | Ciudad: | Estado: | Postal: | |
| | Telefono: | Casa: | Celular: | | | |
| | Contacto en caso de emergencia: | Nombre: | | Telefono: | Relacion: | |
| | | Diganos a cerca de usted: | Eres ud? | <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| | | | Eres ud? | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Otro |
| | | | Eres ud? | <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Latino |
| | Eres ud? | <input type="checkbox"/> Nativo Americano | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Otro | | |
| | Eres ud? | A Veterano? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | |
| | Seguro: Tiene alguno de los siguientes planes de seguro de salud: | <input type="checkbox"/> Medicaid * | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos | | |
| | * Ha solicitado NJ Family Care/Medicaid? | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Si negado, por que? _____ | | |
| | Empleo: | <input type="checkbox"/> Tiempo completc | <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Estacionales | | |
| Employer: | <input type="checkbox"/> Desempleados | <input type="checkbox"/> Retirado | <input type="checkbox"/> Incapacitado | | | |
| Occupation: | | Cuántas veces ha estado en la sala de Emergencia(ER) en los ultimo tres (3) anos? _____ | | | | |
| Otros miembros de la familia: | | # Adultos _____ | # los niños menores de 19 _____ | | | |
| Nombre: | M/F | Relacion | Fecha de nacimiento: | Asegurado? | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

| | | |
|--------|--|---|
| Intake | Reviewed Date: _____/_____/_____ | Patient ID#: _____ Exp Date: _____/_____/_____ |
| | Reviewed by _____ | |
| | Print Name: _____ | |
| | Signature: _____ | |
| | Patient's Income \$ _____/mo Patient's Income \$ _____/yr | |



Documentación de Paciente

423 Route 9 North, CMCH, NJ 08210 / 3073 English Creek Ave, EHT, NJ 08234 / (609)463-2846 / info@vimcmc.org

Por favor proporcionar copias de los siguientes documentos con su solicitud completa. Si está casado , también tendrá que proporcionar documentos para el ingreso de su cónyuge.

Documentos requeridos:

❖ **Declaración de impuestos del año anterior (1040)**

(Si usted no presenta los impuestos , por favor trae como muchos de los elementos que se enumeran a continuación como puedas)

❖ **Identificación fotográfica** ✓ Licencia de conducir ✓ Pasaporte / visado ✓ ID de Trabajo

Documentación adicional:

Estás trabajando? Si No

Si (Por favor, trae):

- ✓ 4 semanas de talones de pago
- ✓ Carta del patron
- ✓ Trabajar cuenta propia: tres(3) meses de estados de cuenta bancarios

If No:

- ✓ 1 Cheque de desempleo
- ✓ Carta de supervivencia

Es usted reciba: (marque todo lo que corresponda)

- Manutención de los hijos Pensión alimenticia SNAP
- Seguridad Social (Jubilación) Seguridad Social (Inapacidad)
- Annuity Payments/ Pagos Anuales

Otra documentación:

- NJFamilyCare (Medicaid) Carta de rechazo Beneficio de Veteranos