


SOLICITUD PARA PEAK WELLNESS CENTER

Documentación necesaria para realizar la solicitud:

- **Documento de identidad con fotografía**
 - Por ejemplo: carné de conducir, pasaporte, tarjeta de estudiante
- **Comprobante de ingresos**
 - Con el fin de determinar el valor de la escala proporcional de tarifas que le corresponde, debemos determinar primero el nivel de ingresos de la unidad familiar. Dicha determinación se realiza en base a las personas enumeradas en su declaración de la renta o en la propia declaración si usted consta como cónyuge o dependiente. Para poder documentar los ingresos de la unidad familiar, se necesita la siguiente documentación:
 - La última declaración de la renta
 - Si la renta que percibe ha cambiado desde la última declaración, incluya también:
 - Los comprobantes de sueldo actuales, la carta de subsidio por desempleo o de rechazo del mismo y la declaración de indemnización por accidentes o enfermedades laborales
- **Tarjetas de cobertura de seguros privados, tarjeta de Medicare, Medicaid o Equality Care**

¿Qué idioma <u>habla</u> ? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro ____ ¿Qué idioma <u>sabe escribir</u> ? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro ¿Fue otra persona quien completó el formulario en su nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si necesita este formulario en español, avísenos.		Fecha de hoy: N.º de la Seguridad Social del cliente							
Apellidos legales del cliente		Nombre legal e inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento del cliente		Sexo del cliente M F		Nombre de soltera de la cliente	
Domicilio físico		Ciudad		Estado		Código postal		País	
Domicilio postal/apartado de correos		Ciudad		Estado		Código postal		País	
Teléfono fijo		Marque si desea que le dejen mensajes _____ Teléfono para mensajes:		¿El cliente tiene nacionalidad de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estado civil del cliente (marque uno) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Nunca contrajo matrimonio <input type="checkbox"/> Viudo			
Número de teléfono móvil		Número de teléfono del trabajo		Dirección de correo electrónico					
Origen racial del cliente (marque uno) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico		Origen étnico del cliente (marque uno) <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño		Residencia del cliente (marque uno) <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Hogar de grupo <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de Estados Unidos (HUD)/Autoridad de Vivienda Pública de Chicago		¿El cliente es veterano de guerra? <input type="checkbox"/> No			

<input type="checkbox"/> Otro/multirracial <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino		(CHA) <input type="checkbox"/> En prisión <input type="checkbox"/> Sin alquiler <input type="checkbox"/> Tratamiento domiciliario <input type="checkbox"/> Hospital		<input type="checkbox"/> Vivienda en propiedad <input type="checkbox"/> De alquiler		<input type="checkbox"/> Combatiente <input type="checkbox"/> No combatiente			
Estado laboral del cliente (marque uno): <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> Recluso <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante			<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Desempleado			Nombre del empleador del cliente			Número de teléfono del empleador del cliente		
Nombre de contacto en caso de emergencia						Número de teléfono de contacto en caso de emergencia		Relación de la persona que se debe avisar en caso de emergencia con el cliente			
¿Ha perdido el empleo recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Lugar de nacimiento del cliente (ciudad, condado, estado)		Grado de educación más alto que se haya logrado: <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Indique el grado completado del 1 al 11: _____ <input type="checkbox"/> Educación secundaria obligatoria/Prueba de Desarrollo Educativo General (GED) <input type="checkbox"/> 1 año de enseñanza superior <input type="checkbox"/> 2 años de enseñanza superior/grado de asociado <input type="checkbox"/> 3 años de enseñanza superior <input type="checkbox"/> Titulación superior media <input type="checkbox"/> Titulación superior de posgrado <input type="checkbox"/> Titulación doctoral							
(Solo para personas dependientes) Nombre del progenitor o tutor				(Solo para personas dependientes) Relación con el cliente			Número de teléfono del progenitor o tutor (si es distinto al del cliente)				

Describa los motivos que lo traen a Peak Wellness Center:	
¿Considera que se trata de una emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso de que lo sea, póngase en contacto con un miembro del personal inmediatamente)	
¿Recorre a Peak Wellness Center por motivos legales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Descripción:	
¿Ya ha estado en Peak Wellness Center con anterioridad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuándo?	
En caso afirmativo, ¿con qué nombre lo hizo?	

¿Quién le remitió a Peak Wellness Center?

Enumere otras agencias o profesionales de salud relacionados con su caso o el de su hijo:

¿Está embarazada? Sí No

Número de hijos a su cargo:

NOMBRE: _____ **HISTORIAL MÉDICO DEL CLIENTE**

Altura:	Nombre del médico de familia:	Nombre del médico especialista:	¿Necesita algún tipo de comodidades o tiene alguna necesidad especial? Sí/No
Peso:			Descripción:

Marque todas las opciones que se correspondan a su actual estado de salud					
Problemas con las drogas o el alcohol		Dificultades auditivas		Trastornos del sueño	
Enfermedad de Alzheimer o demencia		Dolencias cardíacas		Apoplejía	
Artritis		Presión sanguínea alta		Problemas tiroideos	
Trastornos sanguíneos		VIH-SIDA		Consumidor de tabaco	
Problemas respiratorios		Problemas hepáticos o hepatitis		Tuberculosis	
Cáncer		Enfermedad mental		Problemas renales o urinarios	
Diabetes		Dolor		Dificultades visuales	
Problemas gastrointestinales		Problemas neurológicos o ataques epilépticos		Problemas de peso	
Otros:					

Detección rápida de problemas con el alcohol	Sí	No
1. ¿Ha experimentado un sentimiento de culpa o remordimiento después de haber bebido o consumido drogas?		
2. ¿Alguna vez un amigo o familiar le ha comentado cosas que hizo o dijo mientras bebía o consumía drogas y que usted no era capaz de recordar?		
3. ¿Dejó de hacer aquello que se esperaba que hiciese a causa de la bebida o el consumo de drogas?		

4. ¿A veces, bebe o consume drogas al levantarse por la mañana?

NOMBRE:

Medicación actual:	Posología	Frecuencia	Persona que la prescribe	¿Le resulta útil? (Sí o no)
Medicación prescrita:				
Medicación sin prescripción:				
Medicación homeopática:				
Alergias:				

APLICACIÓN DEL DESCUENTO EN LA TARIFA

Presente una copia de la última declaración de la renta:

Cobertura del seguro (presente las tarjetas para su copia)	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Mi seguro privado	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> El seguro privado de un tercero	<input type="checkbox"/> Kid Care CHIP
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Para uso exclusivo de la oficina
Ingresos de la unidad familiar: _____ de acuerdo con
<input type="checkbox"/> Declaración de la renta <input type="checkbox"/> Comprobantes de pago <input type="checkbox"/> Otros: _____
Número de integrantes de la unidad familiar: _____
Nivel de tarifa (%): _____

Unidad familiar. Enumere todos los integrantes de la unidad familiar reflejados en su declaración de la renta sin contar al cliente (utilice la otra carilla si es necesario)

Nombre:	Nombre:	Nombre:
Sexo: M / F Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F Fecha de nacimiento:
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Hermano

Nombre:	Nombre:	Nombre:
Sexo: M / F Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F Fecha de nacimiento:
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Hermano

