



Departamento de Salud de Florida en el  
Condado de Sarasota

REGISTRACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Sexo ☐ F ☐ M Alien # \_\_\_\_\_

Hispano(a) ☐ Si ☐ No Raza \_\_\_\_\_ Estado Civil ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Por favor escriba los nombres de todas la personas que viven en el hogar**

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	SS#	Relación

**Por favor escriba los nombres de todas las personas en el hogar con algún tipo de ingreso incluyendo:**

Ingresos de empleadores, trabajo por cuenta propia, desempleo, compensación por accidentes en el empleo, seguro social, beneficios por muerte, jubilación, pensión alimenticia, manutención de hijos, asistencia pública, beneficios de veteranos, inversiones, fondos testamentarios, renta, carta de ayuda financiera estudiantil, préstamos, contribuciones gubernamentales, ayuda de otras personas, trabajos ocasionales tales como: recoger fierro, venta de artículos personales, retiro de dinero de alguna cuenta u otro recurso.

Nombre y Apellido	Empleador ó Tipo de Ingreso	Ingreso Bruto Mensual

**Por favor responda las siguientes preguntas:**

¿Cuál es el motivo de su visita el día de hoy? \_\_\_\_\_

¿Sabe usted que el Departamento de Salud de Florida en el Condado de Sarasota ofrece Servicios de Atención Primaria? ☐ Si ☐ No

¿Ha estado usted hospitalizado(a) en los últimos 30 días? ☐ Si ☐ No ¿En cuál hospital? \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su familia tiene cobertura de Medicare? ☐ Si ☐ No ¿Medicare Part D para medicamentos? ☐ Si ☐ No

¿Algún miembro de su familia tiene cobertura de Medicaid? ☐ Si ☐ No ¿Ha solicitado usted Medicaid? ☐ Si ☐ No

¿Tiene usted alguna cobertura médica/seguro de salud privado? ☐ Si ☐ No Nombre del Plan \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada ó recibió servicios relacionados a un embarazo en los últimos 2 años? ☐ Si ☐ No

¿Está usted pagando por el cuidado de niños (day care)? ☐ Si ☐ No ¿Cuánto paga y a qué institución? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una orden judicial para pagar manutención de hijo(s) que no viven en su hogar? ☐ Si ☐ No

¿Tiene usted niños menores de 21 años de edad en su hogar? ☐ Si ☐ No ¿Relación con los niños? \_\_\_\_\_

¿Vive usted en las calles o está usted temporalmente viviendo con otras personas? ☐ Si ☐ No

¿Es usted veteran(a)? ☐ Si ☐ No ¿Está incapacitado(a)? ☐ Si ☐ No ¿Es usted mayor de 55 años de edad? ☐ Si ☐ No

**Afirmo que la información que estoy proporcionando es verdadera y correcta. Entiendo que si proporciono información falsa o incorrecta los servicios pueden ser descontinuados y tendré que pagar por todos los servicios recibidos según la ley FAC64f10.003(5).**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_