

PATIENT PROFILE

Chart Number: _____

WELLNESS CENTER OF DOOR COUNTY, INC.

PO BOX 85, STURGEON BAY, WI.54235

NAME/ NOMBRE: _____

First/Primero

Middle/Segundo

Last/Apellido

Age/Edad _____ **D.O.B/ Fecha de Nacimiento** ____/____/____ **S.S.N/ Numero de Seguro Social** _____

Race/Raza: ____ **Caucasian/Caucasico** ____ **Hispanic/Hispano** ____ **African American/Africo Americano**
____ **Native American/Indio Americano** ____ **Asian/ Asiatico** ____ **Other/Otro**

Marital Status/Estado Civil: ____ **Single/Soltero(a)** ____ **Seperated/Separado(a)** ____ **Married/Casado(a)**
____ **Divorced/Divorciado(a)** ____ **Widowed/Viudo(a)**

Address/Dirreccion _____

Street or P.O. Box/Calle o Caja Postal

City/Ciudad

State/Estado

Zip/ Codigo Postal

Phone/Telefono: (____) _____ (____) _____ (____) _____

Home/Casa

Cell/Celular o Buscapersonas

Work/Trabajo

Email/Correo Electronico: _____

Wisconsin County in which you reside/ En cual condado de Wisconsin reside:

____ **Door** ____ **Kewaunee** ____ **Brown** ____ **other/otro:** _____

If above is Not your permanent year-round address, please provide:

Si la dirreccion indicada No es su residencia permanente todo el ano redondo, por favor proporcione:

Address/Dirreccion: _____ **City/Ciudad** _____

State/Estado _____ **Zip/Codigo Postal** _____

Which # may we leave a vague message on (e.g. call the Wellness Center) A que numero se puede dejar un mensaje simple(por exemplo... el Centro de Bienestar)

Home/Casa _____ Cell/Celular _____

May we leave a specific message on your cell phone? Se puede dejar un mensaje especifico en su telefono celular? _____ Yes/Si _____ No _____

If you are under the age of 21 and still live with your family: / Si es usted menor de 21 anos de edad y continua viviendo con su familia:

Do your parents know you're coming to the Wellness Center of Door County? Saben sus padres que usted viene al Centro de Bienestar del condado de Door? _____ yes/si _____ No

May we identify ourselves as Wellness Center if we need to call you? Podemos identificarnos como el Centro de Bienestar si necesitamos llamarle? _____ yes/si _____ no

Caller is to identify themselves as: La persona que llame es de identificarse como:

Please check the ways in which we may contact you: / Verifique por favor las maneras en que podemos contactarlo:

_____ call home/llamar casa _____ call work/llamar trabajo _____ call cell phone/llamar celular
_____ send letter home/enviar carta a casa _____ send plain envelope/letter (enviar un sobre/carta simple
.....

EMERGENCY CONTACT INFORMATION: / INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

(In the event we need to contact you about abnormal test results....we will need to be able to identify ourselves to them: no results/ information will be shared with them) / (En el caso que tengamos que contactarlo(a) acerca de resultados anormales.....necesitaremos identificarnos como el Centro de Bienestar: Ningun resultado/ informacion sera compartida.

Name/Nombre: _____ Relation/ Relacion: _____

Address/Dirreccion: _____ City/Ciudad _____

State/Estado: _____ Zip/Codigo Postal _____

Phone/Telefono: (_____) _____

FINANCIAL SHEET

Los honorarios son cargados en una escala basada en los ingresos de las personas en su casa. Una casa es definida como esas personas que conviven y comparten los gastos de los dependientes (niños) que usted sea responsable. Las preguntas debajo son necesario para determinar su elegibilidad para un descuento de nuestros cargos a precio completo.

Do you live alone or with: / Vive usted solo(a) _____ O con : partner/ pareja _____

Parents/ Padres/guardian _____ Husband/wife Esposo/Esposa _____

Children/ Hijos# _____

Do you have a primary care provider or physician that you typically see? / Tiene usted un doctor de cabecera o medico que tipicamente ve? _____ Yes/Si _____ No

Do you have any health insurance, including Medicaid/Forward/BadgerCare? / Tiene usted cualquier seguro medico, incluyendo Medicaid/Forward/Badger Care? _____ Yes/Si _____ NO

If yes, Name of Insurance Company / Si su respuesta es si, cual es el nombre de la compania de seguro? _____ Please show your card/ Por favor de mostrar su tarjeta.

Do you have dental insurance/coverage? /Tiene usted seguro dental? _____ Yes/Si _____ NO

How did you learn about us? / Como escucho de nosotros? _____ Friend/Amistad _____ Relative/ Familiar

_____ Phone Book/Directorio telefonico _____ Newspaper Ad/ Periodico _____ Drive By/ Pase _____ Poster/Cartel

_____ Social Services/Servicios Sociales _____ Help of DC/ Ayuda de DC _____ MD/ Medico _____ Other/Otro

School/ Employment/ Income: Escuela/ Empleo/Ingreso:

Current/ Atiende como estudiante en: _____ Southern Door _____ Sturgeon Bay _____ Sevastapol

_____ Gibraltar _____ Algoma _____ Kewaunee _____ Luxemburg/Casco _____ CollegeColegio: _____

Current Employer/ Empleador Actual: _____ Job/Trabajo _____

Start date/ Fecha de empleo _____ # hours per week @\$ _____ hr/ numero de horas a la semana _____ a \$ _____ /hora gross weekly/ganancia de salario semanal \$ _____

How much other money do you receive on a weekly basis? / ¿Cuánto otro ingreso recibe usted en una base semanal? (concesiones, propinas, desempleo, la manutención de hijos, pension, ect.).....\$ _____

If you are Married and live with a spouse what is their gross weekly salary./ Si es usted casado(a) y vive con su conyuge cual es la ganancia de salario semanal \$ _____

Totalice los ingresos semanales \$ _____

La declaración de la certificación: Certifico que la información proporcionada es verdadera y completa según mi conocimiento y entender. Representa sinceramente mi estatus financiero; y autorizo el centro del bienestar para verificar cualquier información dada en esta aplicación para asistirme en su determinación de mi elegibilidad para el cuidado.

Firma del Paciente

Fecha

FOR STAFF USE ONLY

Total weekly income: \$ _____ #/ persons supported by income: _____ Fee level: _____

Policy Variance Documentation: _____

Date/	Address	City/Zip/	Home/ Cell#/	Job /Salary	Work#	Level
