WISEWOMAN
Formulario de inscripción

Las preguntas **acentuadas** son obligatorias

Inscripción / Clínica: _____Fecha de inscripción:_____

Información de contacto: favor de escribir de manera clara y legible		
Número de Seguro Social *(SSN se usa solo para procesar reclamaciones)*:		
¿Cuál es su idioma de preferencia? ❑ Inglés ❑ Español ❑ Árabe ❑ Otro _____		
Apellido:	**Primer nombre:**	Inicial del segundo nombre:
Nombre preferido:	Nombre de soltera:	**Fecha de nacimiento:**
Identidad de género: ❑ Mujer ❑ Hombre ❑ Prefiero no contestar ❑ _____		
Dirección:	Apt:	PO Box:
Ciudad:	**Estado:**	**Código Postal:**
Condado:	Idioma de preferencia:	
Número de teléfono ( ) - Ext	❑ celular ❑ casa ❑ trabajo ❑ otro_____	
Teléfono alterno # ( ) - Ext	❑ celular ❑ casa ❑ trabajo ❑ otro_____	
Dirección de correo electrónico:		
Comentarios:		
Raza y grupo étnico	**Es hispano/latino?** ❑ Sí ❑ No ❑ No sé ❑ Prefiero no responder	
Me considero: Marque todo lo que corresponda	❑ Blanco ❑ Negro/afroamericano ❑ Asiático ❑ Indio americano/ nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai/otras islas del Pacífico ❑Árabe/Medio Oriente ❑ Prefiero no responder	
*** Miembros del hogar e Ingreso (Debe completarse para determinar elegibilidad al programa)**		
Ingreso anual del participante:	**Número de personas** que dependen del ingreso anual (incluido el participante):	
Información del proveedor de atención médica		
¿Tiene un proveedor de atención médica (médico / enfermera / clínica)? ❑ Sí ❑ No ❑ No sé En caso afirmativo, complete la información siguiente		
Nombre del proveedor:	Dirección del proveedor:	
¿Podemos enviar los resultados de sus pruebas a su proveedor de atención médica? ❑ Sí ❑ No ❑ Otra		
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO *(*favor de traer TODAS sus tarjetas*)* – Por favor envíe por fax una copia de la tarjeta para programarla y conservarla en el registro médico del paciente		
❑ Ninguna ❑ Referido a **HMP / Expansión de Medicaid** ❑ Remitido a un **seguro del Marketplace**		
Compañía de Seguros:	Nombre del asegurado:	
Número de contrato:	Número de grupo:	Deducible del seguro: $
Preguntas adicionales (opcional)		
¿Cómo supo del programa WISEWOMAN? □ Médico □ TV / Radio □ Familia / Amigos □ Sitio web 2-1-1 □ Google / Otra búsqueda en la web □ Otro _____ ¿Se inscribió en *Entrepreneurial Gardening*- Clase de Jardinería? □ Sí □ No		