

Qué Cuidador/Adulto participó (Nombre del Cliente): _____

Fecha de Actividad: ____/____/____

Agencia/Clínica: _____

Dirección del Cliente: _____

Ciudad: _____ **Código Postal:** _____

Condado de Residencia: _____

Teléfono No: _____ - _____ - _____

E-mail: _____

Método de Contacto de Preferencia: (marque todo lo que aplique)

- Llamada de teléfono
- Texto
- Email
- Correo
- No Contacto

Programa: (seleccione uno)

- Comenzando Bien
- Planificación Familiar
 - Es esta FP Visita Confidencial?
 - Si
 - No
- Salud Materna Infantil (MCH/M&I)
- Mantenimiento de Embarazo (PMI)
- Embarazo en Adolescentes (TPTCM))

Cobertura de Salud Primaria: (seleccione uno)

- Ninguno/Pago yo mismo
- Seguro Privado
- Tricare
- KanCare/Medicaid
- CHIP (Anteriormente HealthWave)
- Medicare (cliente tiene una discapacidad)
- Desconocido/No Reportado

Cobertura de Salud Secundaria: (seleccione uno)

- Ninguno
- Seguro Privado
- Tricare
- KanCare/Medicaid
- CHIP (Anteriormente HealthWave)
- Medicare (cliente tiene una discapacidad)
- Desconocido/No Reportado

Ha tenido el cliente una vista médica de rutina durante los últimos 12 meses? (Con cualquier proveedor, no solo dentro del programa)

- Si
- No
- Cliente no está segura

Tiene el paciente alguna necesidad especial de salud o discapacidad? (Tiene un diagnóstico médico o requiere cuidado más allá del cuidado preventivo general)

- Si
- No

Cuida el cliente a cualquier niño con necesidades especiales de salud o discapacidades? (Cuida a un niño que tiene un diagnóstico médico o requiere cuidado más allá del cuidado preventivo general)

- Si
- No

Tamaño del Hogar: (número de personas) _____

Ingreso Familiar Anual: \$ _____

Ingreso Familiar Anual: (seleccione rango)

- Menos que \$10,000
- \$10,000 a \$14,999
- \$15,000 a \$19,999
- \$20,000 a \$24,999
- \$25,000 a \$34,999
- \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 o más
- No se
- Rechazado

Nivel de Educación:

- < 12 Años
- Diploma de Secundaria o GED
- Certificación Vocacional /Licencia
- Colegio-no graduado
- Grado Asociado
- Licenciatura o superior

Estudiante Actual:

- Si
- No

Empleo:

- Desempleado
- Empleo Ocasional/Temporal
- Medio Tiempo
- Tiempo Completo

Estado Civil:

- Soltera
- Casada
- Separada
- Divorciada
- Viuda

Asistencia médica para inscribirse - ACA (Mercado de Seguros Médicos)

- Asistencia en el sitio
- Asistencia fuera del sitio
- No proporcionó asistencia

Asistencia médica para inscribirse - Medicaid (KanCare)

- Asistencia en el sitio
- Asistencia fuera del sitio
- No proporcionó asistencia

Asistencia médica para inscribirse - Tercero (Seguro Privado)

- Asistencia en el sitio
- Asistencia fuera del sitio
- No proporcionó asistencia

Visita en persona o virtual?

- En persona
- Virtual, solo llamada telefónica
- Virtual, conversación por video (Skype, Zoom, FaceTime, etc.)