

Mission:
To protect, promote & improve the health
of all people in Florida through integrated
state, county & community efforts.



Rick Scott
Governor

Celeste Philip, MD, MPH
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

Apellido _____ 1º nombre _____ MI _____

Fecha de nacimiento ____ Sexo asignado al nacer M ____ F ____

Carrera por favor: Indio americano o nativo de Alaska Asia Negro o afroamericano Hawaiano nativo o isleño del Pacífico Blanco Hispano sí ____ No ____

Móvil # _____

Dirección 911 _____

Ciudad _____ Código postal _____ Condado de residencia _____

Dirección de correo _____

Ciudad _____ Código postal _____ Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil -Solo ____ casado ____ separados de ____ divorciado ____ viudo ____

Nombre de contacto de emergencia _____

Relación _____ Número de teléfono _____

Política / miembro # _____

Titular de la política _____ **Fecha de nacimiento** _____

Entiendo que tengo seguro que debe pagar por mis visitas a un proveedor participante. Entiendo que el Departamento de salud del Condado de _____ no es un proveedor participante de todos los seguros. **El Departamento de salud tratará de cobro mi seguro;** Si mi seguro niega la demanda, entiendo que seré responsable por los cargos. Entiendo que puedo solicitar escala en función de mis ingresos. Entiendo que todos los programas no están cubiertos por escala y pueden cargarse a precio completo.

Si decido venir al Departamento de salud para el cuidado de mi entiendo que seré cargada y se espera que pagar una cuota si procede en cada visita. También entiendo que si tener acceso a cuidado de un proveedor que acepta mi seguro de que mis visitas deben ser pagados por mi seguro

Por favor una lista de todos los miembros de la familia viviendo en su casa y nota ingreso mensual si procede

(Los ingresos incluyen todas las ganancias de empleos, pensiones, manutención, seguridad social, beneficio por fallecimiento, pensión alimenticia, compensación de desempleo los trabajadores, beneficios de veterano, inversiones, fondos fiduciarios, renta, autoempleo, asistencia pública, subvenciones o cualquier otros ingresos recibidos).

| Nombre | Fecha de nacimiento y la relación | Carrera | Empleador o fuente de ingresos | Ingreso mensual |
|--------|-----------------------------------|---------|--------------------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿ Son le paga el niño? Sí ____ No ____ mensual _____

¿Paga usted corte pedida manutención para cualquier niño que no vive en su casa?

Sí ____ No ____ Cantidad \$ _____

Sí embarazada ____ No ____ Fecha de entrega prevista _____ Número de no nacido _____

Afirmo que la información que estoy proporcionando es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Entiendo que si proporciono falsas o información inexacta puede suspenderse y puedo tengo que pagar por los servicios recibidos de acuerdo al adecuado.

FACS64f10.003 (5).

Firma _____ **Fecha** _____