

Por favor llene la siguiente información sobre el *Contacto Primario*:

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____ **Género:** _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a)/Divorciado(a) Viudo(a)

Correo Electrónico _____ **¿Podemos dejar un mensaje?** Sí No

Teléfono Primario () _____ **(Casa/Trabajo/Celular)** **¿Podemos dejar un mensaje?** Sí No

Teléfono Secundario () _____ **(Casa/Trabajo/Celular)** **¿Podemos dejar un mensaje?** Sí No

Dirección _____ Dueño Inquilino

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Dirección de Correo (si es diferente de la anterior) _____

¿Cuál es su raza o etnicidad? (Por favor marque uno):

- Blanco, No-Hispano Hispano o Latino Indígena Norteamericano, Esquimal/Aleut, Nativo de Alaska
 Afroamericano o Negro Asiático, Isleños del Pacífico Otro _____

Idioma Preferido: Inglés Español **Otro:** _____

Estado de Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo De Temporada
 Independiente Desempleado Retirado

¿USTED busca cobertura médica? Sí No

¿Cuál es su cobertura médica actual? _____

Información de Proveedor de Cuidado Primario

¿Tiene un doctor regular? Sí No **Nombre del Doctor** _____

¿Tiene un dentista regular? Sí No **Nombre del Dentista** _____

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Media Social - Facebook/Twitter | <input type="checkbox"/> Organización de Comunidad |
| <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Proveedor de Cuidado de la Salud | <input type="checkbox"/> Evento |
| <input type="checkbox"/> Medio Escrito, Periódico | <input type="checkbox"/> De Palabra | <input type="checkbox"/> Agente/Corredor |
| <input type="checkbox"/> Correo | <input type="checkbox"/> Healthcare.gov | <input type="checkbox"/> Cliente Habitual |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda de Internet | <input type="checkbox"/> ConnectforHealthCO.com | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Oficina de Medicaid | |

A veces presentamos grupos de enfoque para reunir comentarios sobre temas de seguro médico. ¿Estaría interesado en tal vez participar en un grupo de enfoque en el futuro? (Sería recompensado por su tiempo.) Sí No

A veces el Health District les pregunta a sus clientes sobre su experiencia con los servicios que recibieron durante una visita reciente. Si **NO DESEA** ser contactado para este propósito, por favor marque la siguiente caja.

Por favor llene la siguiente información sobre el resto de los *Miembros de su Casa*:

Nombre y Apellido	Relación	Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social (si está aplicando por cobertura)	Raza	Estado de Empleo	Tipo de Seguro Médico Actual	¿Dependiente de Impuesto?	¿Aplicando para seguro médico?
						<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> De Temporada <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> De Temporada <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> De Temporada <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> De Temporada <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
						<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> De Temporada <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Uso Interno Solamente

Family glitch:

- Employer-Sponsored Coverage offered?
- Affordable/Minimum Value?

Tax Questions:

- Filing Taxes?
- If married, filing jointly?
- If client received APTC in the past year, filed taxes for the previous tax year?

Uso Interno Solamente
