

245 Midway Medical Park  
Bristol, TN 37620  
423-652-0260 ext, 272



Gracias por expresar su interés en ser paciente de Healing Hands Health. **Somos un ministerio basado en las creencias cristianas que proporciona atención médica a los residentes del noreste de Tennessee y del suroeste de Virginia que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente.**

*Healing Hands Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.*

**Para ser aceptado o aceptada como paciente Médico en Healing Hands Health:**

- El paciente no debe tener: seguro médico privado, TennCare/Medicaid, ni Medicare
- Tener empleo no es un requisito para ser aceptado como paciente médico

**Para ser aceptado o aceptada como paciente Dental en Healing Hands Health:**

**ACTUALMENTE NO ESTAMOS ACEPTANDO NUEVOS PACIENTES DENTALES. Por favor vuelva a preguntar en febrero de 2024.**

- El paciente no debe tener Seguro Dental Privado **O**
- El paciente debe tener Medicaid de Virginia o TennCare (*Tener empleo no es un requisito para ser aceptado como paciente dental*)

**Para ser aceptado o aceptada como paciente Oftalmológico (de los ojos) en Healing Hands Health:**

- El paciente no debe tener: seguro médico privado, TennCare/Medicaid, Medicare, ni seguro Oftalmológico.
- Tener empleo no es un requisito para ser aceptado como paciente oftalmológico

**Por favor conteste con tinta azul o negra, y envíe por correo la solicitud con copias de sus documentos de respaldo a:**

**Healing Hands Health  
245 Midway Medical Park  
Bristol, TN 37620**

*Como alternativa, usted puede dejar su solicitud contestada (cumplimentada) junto con los documentos de respaldo en nuestra recepción dental (en el piso de arriba). Estamos abiertos de lunes a viernes de 8 a.m. hasta las doce del mediodía, y de 1 p.m. hasta las 5 p.m. Estamos cerrados los días festivos y los fines de semana. Usted también puede presentar su solicitud en línea en <https://healinghandshealth.org>*

**Documentos de respaldo necesarios:**

- 1. Documento de identificación con fotografía**
- 2. Copias de todas las tarjetas de seguro de salud (médico, dental, oftalmológico, y de recetas médicas)**
- 3. Comprobante de residencia (un documento oficial enviado por correo que muestre su dirección, tal como una factura de servicios públicos)**
- 4. Comprobante de ingresos** (los ingresos totales del grupo familiar no pueden exceder el 250% del Índice Federal de Pobreza)
  - a. Si usted o su cónyuge tienen empleo:** Por favor envíe la declaración de impuestos más reciente del grupo familiar. (Las primeras dos páginas del formulario 1040 que muestren el Ingreso Bruto Ajustado). **O** traiga 1 mes de recibos de salario actuales de todos los adultos que trabajan de su grupo familiar. (si ellos reciben salario semanalmente, traiga los últimos 4 cheques de pago. Si ellos reciben salario dos veces al mes o cada dos semanas, traiga los últimos 2 recibos de salario).
  - b. Si usted o su cónyuge trabajan pero no declaran impuestos y no reciben recibos de salario, necesitamos una carta del empleador:** Esta carta debe tener el membrete de la empresa con la información de contacto del empleador. La carta debe indicar la tarifa de pago y la cantidad de horas trabajadas en una semana.
  - c. Si usted o su cónyuge reciben beneficios de la Seguridad Social:** Cartas de concesión de la Administración de la Seguridad Social, beneficios de la Administración de Veteranos y cualquier otra pensión
  - d. Si usted o su cónyuge están desempleados:** Carta oficial de desempleo que indique el monto recibido cada semana
  - e. Si usted o su cónyuge son trabajadores independientes:** Traiga su declaración de impuestos actual. (Las primeras dos páginas del formulario 1040 que muestren el Ingreso Bruto Ajustado y el formulario Plan C) **Y** un mes de facturas y/o recibos de clientes, que muestren que usted ha recibido pagos/ingresos en el año en curso.

**SU TIPO DE SOLICITUD**
 Solicitud de paciente nuevo     Solicitud de recertificación de paciente

Yo, el abajo firmante, en pleno uso de mis facultades mentales, doy fe y confirmo los siguientes hechos:

- No tengo seguros. No tengo cobertura de seguro médico, dental u oftalmológico de ningún tipo. **-Ó-**
- Tengo los siguientes tipos de seguro (marque todos los que usted tenga):
- Medicaid de Virginia    TennCare    Medicaid    Medicare    Plan 'Medicare Advantage'    Plan complementario de Medicare
- Seguro médico de ACA    Seguro Médico Privado    Seguro Dental Privado    Seguro Oftalmológico Privado

**TIPO DE ATENCIÓN NECESITADA**
 Dental     Médica     Oftalmológica

(Marque todo lo que aplique).

**MI NOMBRE LEGAL ES:**

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo (es decir, Jr., III, etc.): \_\_\_\_\_

Mi género legal:  Femenino    Masculino      Mi fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Número de la Seguridad Social: - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_    Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**MI DIRECCIÓN ACTUAL ES:**

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**VERIFICACIÓN DE INGRESOS DE MI GRUPO FAMILIAR:**

El número total de personas en mi grupo familiar: \_\_\_\_\_ (utilice la información del *GRUPO FAMILIAR utilizada en la Solicitud de Inscripción* pág. 2)

He presentado toda la documentación válida requerida para verificar los ingresos mensuales de mi grupo familiar.

**MI INFORMACION:**

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_    Teléfono móvil\*: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_    Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\* ¿Podemos enviarle mensajes de texto / dejarle mensajes en su teléfono móvil?:  Sí  No

\*\*\*¿Cómo prefiere que le contactemos?:  Teléfono móvil    Teléfono de casa    Correo electrónico (a través de nuestro portal de pacientes)    Correo

Idioma preferido:     Inglés     Español     Otro: \_\_\_\_\_

Raza:  Negro/Afroamer.    Caucásico (blanco)    Asiático    Otro \_\_\_\_\_    Declino

Origen étnico:  Hispano/Latino    No hispano/latino    Declino

Estado civil:  Soltero     Casado     Separado legalmente     Divorciado     Viudo     Pareja

¿Es usted veterano del ejército de EE. UU.?:  Sí  No    Para las mujeres, ¿está usted embarazada?  Sí  No    ¿Cuántas semanas?: \_\_\_\_\_

Situación laboral:  Empleado     Desempleado     Jubilado     Discapacitado     Estudiante

**FIRMA: ACUERDO DEL PACIENTE / DIVULGACIÓN:** Declaro que esta información es verdadera y exacta. Notificaré inmediatamente a

Healing Hands Health Center acerca de cualquier cambio en mi dirección, ingresos familiares, o estado de seguros. Entiendo que para ser paciente del Healing Hands Health Center, debo cumplir con todos los requisitos. Si soy aprobado o aprobada para recibir atención médica, acepto que Healing Hands Health Center será mi médico de atención primaria. Entiendo que si oculto información deliberadamente o proporciono información falsa, esto podría ser motivo de despido permanente, y será responsable de las facturas en que incurra. Doy permiso al personal de Healing Hands para analizar y verificar toda la información. Además, doy permiso al Healing Hands Health Center para compartir esta información con Ballad Health si soy remitido allí para recibir servicios.

Autorizo y doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento proporcionados por los profesionales de la salud en el Healing Hands Health Center como se determine necesario según su criterio profesional. Tengo derecho a ser informado acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento, y de sus posibles efectos secundarios, así como de las modalidades de tratamiento alternativas, y de la duración aproximada de mi atención médica, y a que se me informe que puedo retirar mi consentimiento para el tratamiento verbalmente o por escrito, ya sea antes o durante el período de tratamiento indicado.

La siguiente es mi firma verdadera y correcta.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Solicitud de inscripción, página 2

## MI CONTACTO DE

La persona a contactar, en caso de necesidad.

Contacto de emergencia Nombre completo: \_\_\_\_\_

Parentesco con usted:  Cónyuge  Padre/Madre  Hijo/a  Hermano/a  Amigo/a  Primo/a  Tutor  Otro\*

\*Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Hoja de información del GRUPO FAMILIAR:

Esto ayudará a determinar su grupo familiar total.

Definimos su grupo familiar como USTED y cualquier persona incluida en su declaración de impuestos. **Cuéntese a usted mismo = 1**

+ Cuente a su cónyuge: \_\_\_\_\_ + Cuente a todos los hijos incluidos: \_\_\_\_\_ + Cuente otros dependientes incluidos: \_\_\_\_\_

Sume todo para su **GRUPO FAMILIAR TOTAL SUJETO A IMPUESTOS** =      ¿Cuántos en el grupo familiar reciben ingresos? \_\_\_\_\_

## COMPROBANTE DE INGRESOS:

Proporcione todo lo que aplique para usted mismo y cada persona de su grupo familiar \*

- Recibos de salario de los últimos 30 días
- Carta de concesión de beneficios de la Seguridad Social tal como: SSI/SSDI, SNAP, jubilación, beneficios de sobreviviente, y pensión
- Pagos recibidos por orden judicial tal como: comprobante de ingresos para manutención de hijos y/o ingresos de pensión alimenticia que recibe su grupo familiar
- Carta de empleador (con membrete de la empresa) que indique los ingresos brutos, o un formulario de verificación de empleado de SHC. (si no hay recibos de salario)
- Formulario de Trabajador Independiente del Healing Hands Health Center que enumere un mes de ingresos y gastos. (no es necesario si usted tiene recibos de salario)
- Carta de concesión de beneficios por desempleo
- Formulario de Verificación de Manutención de HHHC o formulario de Certificación de No Ingresos de HHHC si usted no está trabajando y no está recibiendo beneficios por desempleo.

\*Nota: Si usted tiene cónyuge, **debe** proporcionar comprobante de ingresos de usted y su cónyuge. Se podrían requerir documentos adicionales

## SE ME HA INFORMADO LO SIGUIENTE:

Un representante de Healing Hands Health Center (HHHC, por sus siglas en inglés) me ha informado sobre los documentos que debo presentar para ayudar a la farmacia de Healing Hands a **suministrarme medicamentos a costo reducido**. Los documentos incluyen:

+Mi formulario 1040 más reciente del IRS (con el plan C, si es aplicable)

## ¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

TV  Radio  Facebook  Búsqueda en la web / Sitio web  Boca a boca  Paciente en consultorio  Hospital  Evento

Servicios sociales  Otro proveedor médico  Periódico  Folleto/Tarjeta  Otro: \_\_\_\_\_

## SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Aprobado y activo  Aprobado provisional hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Rechazado

Cuáles clínicas:	Elegible hasta fecha:	Ingresos mensuales	Nivel Federal de Pobreza (FPL):	Número de integrantes en el grupo familiar
	____/____/____	\$ _____	_____%	

Documentos	Fecha	Iniciales	SECCIÓN DE SOLICITUD DE MEDICAID (se requiere un FPL inferior al 150%)	
Identificación:			Ayuda con Solic. de Medicaid: <input type="checkbox"/> Sí, en sitio <input type="checkbox"/> Sí, fuera del sitio <input type="checkbox"/> Ayudado por otros (no HHHC)	
Residencia:			Fecha de solicitud de Medicaid: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Pt. certifica que No es elegible
Ingresos:			Número de identificación de Medicaid: _____	
Formulario de consentimiento:			Estado de la solicitud de Medicaid: <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Aprobado/Activo	
SSN/ITIN:				
Formularios del IRS:				

Aprobador: \_\_\_\_\_

**Excepción especial:** Si se marca la casilla, la solicitud debe ser firmada por Dir. Ejec. o D.O.

Fecha: \_\_\_\_\_

Helen Scott/Corey Smith: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## NORMAS/REGLAS CLÍNICAS

Para brindarle la atención de calidad que usted se merece, le pedimos que haga su parte aceptando las siguientes normas clínicas.

### Atención al paciente:

- Varios médicos, dentistas, especialistas, enfermeras, asistentes dentales, asistentes médicos, higienistas y estudiantes voluntarios en capacitación estarán proporcionando su atención.
- El tratamiento clínico pre-doctoral o pre-higienista es realizado por estudiantes de medicina e higienistas estudiantes bajo la supervisión directa de un dentista experimentado de la facultad de la Universidad de Tennessee y un médico o higienista de la facultad de ETSU.
- **Tratar a cualquier proveedor de manera irrespetuosa resultará en despido inmediato del programa.**

### Política con respecto a las citas:

- *Se cobrará una tarifa por no asistir a la cita o por cita perdida, a los pacientes que no cancelen sus citas en el transcurso de las 24 horas previas a la hora de la cita indicada.*
- **La tarifa por no asistir a la cita será de \$50 dólares por citas dentales perdidas y de \$25 dólares por todas las demás citas perdidas** incluyendo las citas médicas, de higiene dental, quiroprácticas, oftamológicas y remisiones a proveedores externos.
- Intentaremos comunicarnos con usted para recordarle la hora de su cita.
- Es su responsabilidad proporcionar a nuestra clínica un número de teléfono que funcione y actualizarnos con cualquier número de teléfono nuevo.
- Si no podemos comunicarnos con usted para confirmar su cita y usted no llama 24 horas antes de su cita para confirmarla, su cita se le dará al siguiente paciente que la merezca y necesite, y usted será responsable de pagar la tarifa por no asistir a la cita o por cita perdida.
- **Los pacientes que no asistan a las citas programadas no serán atendidos nuevamente en la clínica hasta que se pague en su totalidad la tarifa de penalización por no asistir a la cita.**
- **Usted no puede traer a su cita un niño que quede sin supervisión. Por favor planifique el cuidado de los niños o la cita será cancelada, y se le cobrará una tarifa por no asistir a la cita.**

### Responsabilidades del paciente:

- Entiendo que si soy un paciente médico que necesita asistencia con medicamentos o Acceso a Proyecto, es posible que se me solicite que proporcione información adicional.
- Entiendo que soy responsable de cualquier factura que pudiera resultar por remisiones a especialistas o visitas a la sala de emergencias, atención de urgencia, etc. Autorizo a Healing Hands Health Center a divulgar los registros médicos necesarios para cualquier remisión.
- Entiendo que si doy información falsa a cualquier representante de Healing Hands Health Center, seré despedido de la clínica.
- Entendemos que tener un problema de salud o problema dental es estresante, pero todo el personal y los voluntarios deben ser tratados con respeto, en persona y por teléfono. No hacerlo así resultará en su despido de la clínica; esto incluye, entre otros: groserías, amenazas, gritos, etc.
- Healing Hands **no proporciona manejo del dolor con narcóticos.** No guardamos narcóticos en nuestras instalaciones.
- Yo **acepto actualizar cada año mis documentos de ingresos.**
- Acepto actualizar mi dirección y número de teléfono cuando haya un cambio.

- **Usted debe informar al personal si tiene algún seguro dental o médico.**
- Llegue puntual a sus citas. Llegar con más de 15 minutos de retraso a su cita podría resultar en la reprogramación de su cita. Como cortesía, es posible que usted reciba una llamada de recordatorio, pero no siempre será así. Esto depende de la cantidad de personal y de pacientes. Es su responsabilidad realizar seguimiento de sus citas.
- **Favor dar aviso con 24 horas de anticipación para cancelar la cita.** Si no lo hace, se le cobrará una tarifa por “no asistir” a la cita que deberá pagarse antes de programar otra cita.
- El valor de una visita (consulta) estándar de paciente para satisfacer sus necesidades de atención médica es de \$140 dólares. Cobramos a nuestros pacientes una tarifa pequeña para poder continuar satisfaciendo las crecientes necesidades de nuestra comunidad. Entiendo que las siguientes tarifas de paciente se deben pagar en el momento de mi visita (consulta):

**Consulta médica**

**\$25, Gafas \$25,**

**Dental \$50**

**Otros procedimientos dentales**

**\$100, Examen de los ojos \$20**

**Higiene Dental \$25**

**Tarifa administrativa de medicamentos \$5 por medicamento (límite de \$35 por visita)**

**Autorización:**

- Doy permiso para que mi fotografía, entrevista y/o comentarios se utilicen con propósitos de marketing y recaudación de fondos.
- Doy permiso para que mis radiografías o fotografías sean enviadas a otras agencias asociadas con Healing Hands y/o a médicos privados.

**Certifico que he leído completamente las normas clínicas anteriores. Entiendo cada declaración y acepto seguir estas normas.**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para compartir información de atención médica

En general, la regla de privacidad de HIPAA proporciona a las personas el derecho de solicitar una restricción en los usos y las divulgaciones de su información de salud protegida. La persona también tiene el derecho de solicitar comunicación confidencial o que la comunicación se realice por medios alternativos, tal como enviar correspondencia a la oficina de la persona en vez de a la casa de la persona.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor indique su método de contacto preferido:

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No

¿Podemos hablar sobre su enfermedad con un familiar o amigo? Sí No  
(En caso afirmativo, por favor indique abajo la información de ellos).

Autorizo a Healing Hands Health Center a divulgar mi información de atención médica a la(s) persona(s) que se enumera(n) abajo. Entiendo que la(s) persona(s) nombrada(s) en esta autorización tendrá(n) acceso para obtener resultados/información en nombre mío. Autorizo a la(s) persona(s) indicada(s) para recoger los materiales relacionados con mi atención médica.

Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

.....

En vez de la firma del paciente, yo, \_\_\_\_\_, como integrante del personal de Healing Hands Health Center, declaro que \_\_\_\_\_ ha recibido el Anuncio de Prácticas de Privacidad actualizado sobre cómo y con quién podemos comunicarnos con respecto a la atención médica del paciente.

Firma de integrante del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Registro de ingresos como trabajador independiente y de gastos del paciente:

**SÓLO CONTESTE SI EL PACIENTE ES TRABAJADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de Seguridad Social / ITIN: \_\_\_\_\_

Mes	Ingresos mensuales - Trabajador independiente	Gastos mensuales - Trabajador independiente
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
<b>Total</b>		

Certifico que toda la información anterior sobre ingresos y gastos es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



Registro de ingresos como trabajador independiente y de gastos del cónyuge:

**SÓLO CONTESTE SI EL CÓNYUGE ES TRABAJADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de Seguridad Social / ITIN: \_\_\_\_\_

Mes	Ingresos mensuales - Trabajador independiente	Gastos mensuales - Trabajador independiente
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
<b>Total</b>		

Certifico que toda la información anterior sobre ingresos y gastos es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## VERIFICACIÓN DE MANUTENCIÓN

**SÓLO CONTESTE ESTE FORMULARIO SI UN MIEMBRO DE LA FAMILIA O AMIGO LE ESTÁ AYUDANDO EN SU MANUTENCIÓN O LA DE SU FAMILIA**

**Este formulario debe ser llenado por la persona que le está ayudando en su manutención y la de su familia.**

Nombre del benefactor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del benefactor: \_\_\_\_\_

Marque el tipo de ayuda suministrada (marque todo lo que aplique):

\_\_\_\_\_ Alimentación

\_\_\_\_\_ Refugio

\_\_\_\_\_ Apoyo financiero (dinero entregado directamente al solicitante)

¿Cuánto cada mes? \$ \_\_\_\_\_

Declaro que toda la información proporcionada es verdadera y está sujeta a auditoría para propósitos de verificación. Doy permiso a Healing Hands Health Center para que se comunique conmigo para verificar esta información. No declaro a esta persona como dependiente en mi declaración de impuestos.

\_\_\_\_\_  
Firma del benefactor

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha



## VERIFICACIÓN DE NO INGRESOS

### **SÓLO CONTESTE SI SU GRUPO FAMILIAR TIENE CERO INGRESOS**

Debe ser llenado por el solicitante que declara cero ingresos familiares procedentes de las siguientes fuentes.

Certifico que ni yo ni ningún miembro de mi grupo familiar recibimos ingresos procedentes de ninguna de las siguientes fuentes y no recibimos apoyo de familiares o amigos:

- Salarios de empleo (incluyendo: comisiones, propinas, bonificaciones, etc.)
- Ingresos por renta de bienes inmuebles o pertenencias personales
- Intereses o dividendos de activos.
- Pagos de la Seguridad Social, tal como: Ingresos suplementarios de títulos valores, Ingresos por Discapacidad de parte de la Seguridad Social, Jubilación, Beneficios de Sobreviviente, rentas vitalicias, pólizas de seguro, pensiones, o beneficios por fallecimiento.
- Desempleo
- Asignaciones periódicas tal como: pensión alimenticia, manutención de hijos.

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y exacta según mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_



**Healing  
Hands  
Health**

## PRUEBA DE RESIDENCIA

**SÓLO CONTESTE SI USTED NO PUEDE PROPORCIONAR UN DOCUMENTO ENVIADO POR CORREO, FACTURA IMPRESA, O DOCUMENTO LEGAL CON SU NOMBRE Y DIRECCIÓN ACTUAL**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ES PROPIETARIA O ALQUILA LA VIVIENDA DONDE VIVE EL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EL PACIENTE EN ESTA RESIDENCIA?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROPIETARIO O ARRENDATARIO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA