



AFFILIATE OF UAB HEALTH SYSTEM

BIENVENIDOS AL SISTEMA DE SALUD DE JEFFERSON-SECCION REGISTRO
HEALTH FIRST PROGRAM CUESTIONARIO
ESTE PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA NO ES UN PLAN DE SEGURO MEDICO
ESOS SERVICIOS LO PROVEE EL HOPITAL COOPER GREEN MERCY A LOS RESIDENTES
DEL CONDADO DE JEFFERSON

Esta seccion para uso del hospital solamente: DATE: Arrival Time:
Registration # Time Registered: MR #
PATIENT NAME County resident (please circle one) Y N
Expired Card: New Patient Appointment/Pharmacy today: Lost Card, Duplicate
Address or Insurance: Other: Interviewer: Time Began: Time Ended:

Por favor llene la siguiente seccion

Paciente

Primer Nombre Inicial del segundo nombre Apellido
Direccion Ciudad Estado Codigo
Seguro Social Genero (elige uno) M F Fecha da Nacimiento
Estado Civil Telefono de casa # Celular #
Empleador Direccion
Ciudad Estado Codigo Telefono # Usted tiene seguro? Si o no
Compania Aseguradora Poliza #

Espos(a)
Nombre Inicial de segundo nombre Apellido
Espos(a)

Nombre de empleador Direccion
Ciudad Estado Codigo Telefono #

Usted esta asegurado (a) bajo el Seguro de su espos(a) (elige uno) Si o No
Persona para contactar en caso de emergencia Telefono #

Direccion Ciudad Estado Codigo
Farmacia de Preferencia (1) Telefono #
Farmacia de Preferencia (2) Telefono #

Por favor provea su informacion si esta casado (o) la de su conyugue y/o la de sus hijos que dependen de usted.
Si usted es dependiente por favor provea nombre de sus padres o de la persona que tiene su tutela/custodia
Nombre y relacion con usted Edad Genero Trabaja/Estudia Ingresos

Table with 5 columns: Name/Relation, Age, Gender, Work/Study, Income. Includes four rows of input lines with dollar signs for income.

Si necesita mas espacio para sus respuestas use el dorso de este formulario

Yo autorizo a Cooper Green Mercy Hospital (Hospital Cooper Green Mercy) a verificar toda informacion
proveida, incluso a revisar mi credito, referencias y poder para contactar a mi empleador. Entiendo que si
proveo informacion falsa sere responsable de todos los cargos incluyendo honorarios de abogados y corte.

Firma Fecha