



# HOT SPRINGS HEALTH PROGRAM

Hot Springs Medical Center  
Laurel Medical Center  
Mashburn Medical Center  
Mars Hill Medical Center

## REGISTRO DEL PACIENTE – DEMOGRAFIA

1. El gobierno federal solicita la siguiente información para supervisar el cumplimiento de las leyes federales que prohíben la discriminación de los pacientes que buscan atención en las organizaciones que reciben financiamiento del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés). Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se recomienda que lo haga. Esta información no se utilizará para discriminarlo de ninguna manera. Sin embargo, si decide no proporcionarla, estamos obligados a registrar el origen racial/nacional del paciente individual sobre la base de la observación visual o el apellido.

ORIGEN ÉTNICO:  Ni hispano ni latino  Hispano o latino

RAZA:  Indígena de Estados Unidos o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico  
 Blanco

No deseo proporcionar esta información.

2. La Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos (HRSA, en inglés) solicita la siguiente información para promover resultados adecuados a nivel cultural y para reducir las desigualdades en materia de salud. Esta información no se utilizará para discriminarlo de ninguna manera.

ORIENTACIÓN SEXUAL:  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Otra

No deseo proporcionar esta información.

En los últimos 24 meses, ¿usted o sus padres (si el paciente es menor de edad) han trabajado en la AGRICULTURA, ya sea en una granja o en una industria de base agrícola?  Sí  No

Si la respuesta es sí, marque la opción que corresponda:  Empleo anual (residencia permanente en un área)  Migrante  Por temporada  Otro

Tipo de vivienda del paciente (o del padre/tutor del paciente si es menor de edad):

- Alquila o es dueño  Conjunta (vive con otra persona o familia)  Calle
- Vivienda pública  De transición (vive de lugar en lugar)  Otro:
- Vivienda de apoyo permanente  Refugio para personas sin vivienda \_\_\_\_\_

3. Información utilizada por el Hot Springs Health Program (HSHP, en inglés) (un centro de salud similar con calificación federal) para determinar si puede calificar para un Sliding Fee Discount (Programa de Escala Progresiva de Descuentos) y otros programas de asistencia, así como la presentación de informes. Si no se completa, usted no será elegible para un posible descuento. Una persona hablará con usted sobre su posible calificación hoy mismo o se pondrá en contacto con usted en el plazo de dos (2) semanas.

Cantidad de personas que viven en la casa (marque con un círculo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro: \_\_\_\_\_

<= \$15,650	\$15,651-21,150	\$21,151-26,650	\$26,651-32,150	\$32,151-37,650	\$37,651-43,150	\$43,151-48,650
\$48,651-54,150	\$54,151-57,390	\$57,391-64,705	\$64,706-72,020	\$72,021-81,246	\$81,247-90,431	\$90,432-97,300
\$97,301-108,300	\$108,301+					

No deseo proporcionar esta información.

Nombre del paciente (impresión): \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

La fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Office Use Only	
Info Updated _____/____	
Scanned/Attached _____/____	