

**OPEN DOOR HEALTH CENTER RWJF Diabetes Project
ELIGIBILITY ASSESSMENT FORM**

Patient Name: _____ Phone: _____
(Nombre) (Telefono)

Address: _____ City: _____ Zip: _____ Permanent or Migrant?
(Direccion) (Ciudad) (Codigo postal) (Permanente o Migrante)

Social Security: _____ D.O.B. _____ Mother's Maiden Name: _____
(Seguro Social) (Fecha de nacimiento) (Apellido de soltera de su madre)

Sex: _____ Race: _____ Ethnicity: _____
(Sexo) (Raza) (Etnia)

Guardian / Spouse name: _____ Guardian / Spouse phone: _____
(Nombre de Persona encargada o su pareja) (Numero Tel. De Persona encargada o su pareja)

Guardian / Spouse address: _____ City: _____ ZIP: _____
(Direccion de Persona encargada o su pareja) (Ciudad) (Codigo postal)

Do you have any Medicaid, Medicare or other medical insurance? Yes No
Tiene usted Medicaid, Medicare, u otro seguro medico? Si No

Do you receive food stamps, AFDC or Section 8? Yes No
Recibe usted cupones de alimento, AFDC o Seccion 8? Si No

Family Yearly Income: _____ Family Size: _____
(Salario Annual) (# de personas en su hogar)

Social History: Occupation: _____ Ed. Grade completed: _____ Native Lang: _____
(Historia Social: En que trabaja) (Grado escolar) (Idioma)

Place of Employment: _____ Read/Write: _____ Nat. Origin: _____
(Lugar de Trabajo) (Sabe leer y escribir) (Origen Nacional)

Diabetes History:
_____ Illness Years

Type of Treatment: ___ P.O. Meds ___ Insulin ___ Diet only ___ Combination

Referred by: _____
(Quien lo refirio)

Health Care Provider: _____ Today's date: _____
(Clinica Anterior) (Fecha de hoy)

Last Visit ER (date): _____ Facility: _____
(Ultima visita al ER: fecha) (facilidad)

FOR OFFICE USE ONLY

Eligibility: ___ Diabetes Type 2 ___ Adult

Approved by: _____ Date: _____