

# Membership Application

La Solicitud de Membresía



Mail to: DIME Medical

340 Main Street, Darlington, WI 53530

Fax to: (855) 574-5406

email to: [contact@dimemedical.org](mailto:contact@dimemedical.org)

Phone: (608) 482-2005

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Patient Name</b> <b>/ Nombre del Paciente</b>	<b>Birth date /</b> <b>Fecha de</b> <b>Nacimiento</b> <hr/> <b>Gender / El</b> <b>sexo</b>	<b>1 Email /Correo Electrónico</b>
		<b>2 Home phone/Número de teléfon</b>
		<b>3 Cell phone/Número celular (puede ser lo mism</b>
		<b>4 Work phone/Número de teléfono del trabajo</b>
1. Please list PRIMARY responsible family member here.	Mnth/Day/Yr <hr/>	1 2 3 4
2.	<hr/>	1 2 3 4
3.	<hr/>	1 2 3 4
4.	<hr/>	1 2 3 4
5.	<hr/>	1 2 3 4
6.	<hr/>	1 2 3 4

# Membership Application

## La Solicitud de Membresía

**Primary Address for mailing** (assumes same for all members of family - if not please list other addresses and family member on separate paper and attach)

Address line 1: \_\_\_\_\_  
Dirección línea 1

Address line 2: \_\_\_\_\_  
Dirección línea 2

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

### IMPORTANT PERMISSION REQUEST: SOLICITUD IMPORTANTE DE PERMISO:

For convenience, patients may often use **EMAIL, phone Text messaging, webcam,** and similar means to communicate in timely way with DIME Medical and Dr. Robiolio. These methods are considered **LESS** secure because they may be viewed by someone else. If you are registering for your family - then you are making this statement for the entire family who are under the age of 18 years. Anyone over 18 years of age will need to give their own permission.

Para la conveniencia, a los pacientes muchas veces les gusta usar el EMAIL, textos de celular, la cámara web, y métodos similares para comunicarse con DIME Medical y el Dr. Robiolio. Esos métodos son considerados **MENOS** seguros porque se pueden ser vistos por otras personas. Si usted está registrando para su familia - entonces está haciendo esta declaración para todos los miembros de la familia bajo de la edad de 18 años también. Cualquier miembro que tiene más de 18 años tendrá que hacer su propia declaración.

Do you give permission to DIME Medical and Dr. Robiolio to communicate with you using these methods? ¿Usted da su permiso a DIME Medical y el Dr. Robiolio para comunicarse con usted utilizando estos métodos mencionados antes?

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No (which will mean only voice phone and mail)  
Sí No (que significa que solamente por voz en teléfono y el correo)

1. Do you have health insurance? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
¿Usted tiene seguro médico? Sí No

If yes, what is your health insurance company? \_\_\_\_\_  
Si usted contestó sí, ¿cuál es su compañía de seguro médico?

(This information will not be used for payment at DIME Medical but may help in counseling for payment options for care outside of DIME Care.)

(Esta información no será utilizada para los pagos a DIME Medical, pero puede ayudar en aconsejarle a usted para las opciones para la atención fuera de la de DIME.)

2. Do you have Medicare Insurance? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
Sí No

5. Do you have Medicaid or Badger Care? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
Sí No

# Membership Application

## La Solicitud de Membresía

### EMERGENCY CONTACTS:

CONTACTOS PARA LAS EMERGENCIAS:

1. Name: \_\_\_\_\_  
Nombre

Phone: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

2. Name: \_\_\_\_\_  
Nombre

Phone: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

### Adult Members' Signature / Firma de miembros adultos

Signature 1: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
La Firma Fecha

Signature 2: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature 3: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature 4: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature 5: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature 6: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### For Child ONLY Applications or Legal Guardian of Applicants / Solo para niños Solicitudes o tutor legal de los solicitantes

Signature of Parent or legal guardian if applicable:  
La firma de Un Pariente o Representante Legal, si se aplica:

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

Printed Name: \_\_\_\_\_

