

Membership Application

La Solicitud de Membresía

The logo for DIME Medical features the company name in a bold, blue, sans-serif font. The text is centered between two thick, horizontal red bars that extend slightly beyond the width of the text.

Mail to: DIME Medical

340 Main Street, Darlington, WI 53530

Fax to: (855) 574-5406

email to: contact@dimemedical.org

Phone: (608) 482-2005

Date / Fecha: _____

Patient Name / Nombre del Paciente	Birth date / Fecha de Nacimiento ----- Gender / El sexo	1 Email /Correo Electrónico
		2 Home phone/Número de teléfono
		3 Cell phone/Número celular
		4 Work phone/Número de teléfono del trabajo
1. PRIMARY responsible family member HERE:	Mnth/Day/Yr -----	1 2 3 4
2.	 -----	1 2 3 4
3.	 -----	1 2 3 4
4.	 -----	1 2 3 4
5.	 -----	1 2 3 4
6.	 -----	1 2 3 4

Membership Application

La Solicitud de Membresía

Primary Address for mailing / Dirección principal para correspondencia

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
¿Tiene seguro médico de Medicare? Sí No

5. Do you have Medicaid or Badger Care? _____ Yes _____ No
¿Tiene Medicaid o Badgercare? 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: _____