

COAST COMMUNITY HEALTH c e n t e r

CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD COSTERA

1010 FIRST ST SE, SUITE 110

BANDON, OR 97411

541-347-2529

541-347-9196 (fax)

www.coastcommunityhealth.org

Nuestro objetivo como centro de salud calificado federalmente es brindar atención médica excepcional de manera oportuna, eficiente y profesional. Para ayudarnos a conocerlo mejor a usted o a su hijo, hemos creado este nuevo paquete de pacientes. Es mucha información, pero es importante que este paquete sea completo y preciso para que podamos brindarle a usted o a su hijo la mejor atención posible

Todo lo que necesitará para establecer la atención en el Coast Community Health Center está incluido en este paquete. Por favor devuelva el paquete completo a nuestro centro de salud ya sea por correo o déjelo en persona.

HORAS DEL CENTRO DE SALUD
LUNES - JUEVES 8 am – 7:00 pm
VIERNES 8 am – 6 pm

Los servicios del laboratorio están disponibles de lunes a viernes. Pregúntele a su representante de pacientes los horarios disponibles. Los servicios fuera del horario están disponibles llamando al Centro de Salud al 541-347-2529.

¡El personal y el liderazgo de Coast Community Health Center esperan conocerlo a usted y a su familia! Por favor, siéntase libre de llamar al centro de salud con cualquier pregunta que pueda tener.

¡Saludos de todos nosotros!

Declaración de política de la oficina

Expectativas del paciente

- Complete, firme, feche y devuelva su PAQUETE de NUEVO PACIENTE a nuestra oficina a más tardar tres (3) días hábiles antes de la visita inicial. Es posible que necesitemos reprogramar su cita si no lo recibimos a tiempo.
- Por favor llegue 15 MINUTOS ANTES de su cita programada. Si bien tratamos de acomodar a todos los pacientes, es posible que tenga que esperar si llega tarde o que tengamos que reprogramar su cita.
- Traiga su LISTA DE MEDICAMENTOS (o medicamentos) completa a todas las citas.

Citas

- Es importante contactarnos si no puede asistir a su cita. Su tiempo y nuestro tiempo son valiosos. Mientras más pronto nos comunique que no puede asistir a su cita, nosotros podremos programar a otra persona que necesite atención médica. La disponibilidad sin cita es limitada. Si bien trataremos de acomodarlo, tenga en cuenta que es posible que tenga que esperar. No administramos tratamiento para dolor a largo plazo. Si tiene dolor a largo plazo, lo derivaremos a organizaciones asociadas.
- Tenemos un proveedor de turno disponible después de horas. Se proporciona cobertura fuera de horario para todos los pacientes llamando al número principal del Centro de Salud al 541-347-2529 después del horario comercial normal. Su llamada lo conectará con nuestra Línea de Triage de Enfermeras que puede contactar al Proveedor de turno. En una EMERGENCIA, LLAME AL 911 o vaya a su hospital más cercano.

Prescripciones

- Los pacientes son responsables de contactar a su farmacia y solicitar que los resurtidos de medicamentos sean enviados por fax a nuestra oficina. El Coast Community Health Center tiene una política de recarga de dos días hábiles. Nuestro número de fax es 541-347-9196.
- Intentaremos proporcionarle los medicamentos cubiertos por su seguro; sin embargo, sírvase proporcionarnos la lista del formulario de su compañía de seguros. Le ayudaremos a obtener su receta a través de todos los medios razonables y apropiados.

Mensajes

- Al firmar la Política de la Declaración de la Oficina, la persona que firma acuerda y autoriza a Coast Community Health Center dejar un mensaje de correo de voz a los números telefónicos designados por el suscrito.

Armas en el Centro de Salud

Coast Community Health Center se esfuerza por mantener un ambiente que sea cuidadoso, enriquecedor y seguro. Por lo tanto, se solicita a los pacientes que no lleven armas de ningún tipo a las instalaciones del centro de salud. (La única excepción es para los agentes de la ley autorizados durante el servicio).

Política financiera

- Somos proveedores participantes de la mayoría de los seguros de pago privados.
- Facturamos a todas las compañías de seguros como cortesía. Es responsabilidad del paciente controlar el proceso de pago con la compañía de seguros. Aunque hacemos todo lo posible para ayudar a los pacientes a cobrar un reclamo de seguro, el paciente es responsable de la factura.
- Todos los pagos son pagaderos en el momento de los servicios prestados.

- Los pacientes con ingresos familiares inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG) pueden calificar para descontar sus servicios, deducible y copago en la escala de tarifas móviles. Por favor, solicite nuestra aplicación de Escala Móvil o revísela en nuestro sitio web en www.coastcommunityhealth.org.
- Se solicita una tarjeta de seguro y / o identificación válida en cada visita.
- Trabajamos con nuestros pacientes para establecer los términos de pago.
- Si hay un saldo pendiente de 90 días después de la fecha del servicio, podemos entregar su cuenta a una agencia de cobros. Si su cuenta va a una agencia externa, usted acepta pagar los costos judiciales y los honorarios razonables de los abogados, con o sin demanda, incurridos en la recopilación de saldos vencidos. Si se presenta una demanda o una acción, la cantidad de dichos honorarios razonables de abogados o cobros de cobro será fijada por el tribunal en el que se procesa, escucha o decide la demanda o acción (incluida cualquier apelación).
- Los pacientes de pago personal deben pagar su visita por completo al momento del servicio.
- Cualquier pago puede hacerse en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.
- Se espera que los pacientes paguen un cargo por cheque devuelto de \$25.00 por cualquier cheque devuelto.

Pacientes que califican para el plan de pago a escala móvil

- Puede calificar para el programa de tarifas móviles. El plan de pago de escala móvil se basa en el tamaño y el ingreso de su hogar. Para calificar para la escala de tarifas móvil, debe proporcionar ciertos documentos de origen con respecto a sus ingresos.
- Los servicios prestados vencen en la fecha del servicio. Dependiendo de si usted califica, su cargo mínimo cubrirá el costo estimado de su visita a la oficina. Otros servicios pueden requerir cargos adicionales.

Pregúntale a un representante de pacientes por el paquete de escala de tarifa móvil.

1	0 - \$12,060	\$12,061 - \$15,075	\$15,076 - \$18,090	\$18,091 - \$21,105	\$21,106 - \$24,120
2	0 - \$16,240	\$16,241 - \$20,300	\$20,301 - \$24,360	\$24,461 - \$28,420	\$28,421 - \$32,480
3	0 - \$20,420	\$20,241 - \$25,525	\$25,526 - \$30,630	\$30,631 - \$35,735	\$35,736 - \$40,840
4	0 - \$24,600	\$24,601 - \$30,750	\$30,751 - \$36,900	\$36,901 - \$43,050	\$43,051 - \$49,200
5	0 - \$28,780	\$28,781 - \$35,975	\$35,976 - \$43,170	\$43,171 - \$50,365	\$50,366 - \$57,560
6	0 - \$32,960	\$32,961 - \$41,200	\$41,201 - \$49,440	\$49,441 - \$57,680	\$57,681 - \$65,920
7	0 - \$37,140	\$37,141 - \$46,425	\$46,426 - \$55,710	\$55,711 - \$64,995	\$64,996 - \$74,280
8	0 - \$41,320	\$41,321 - \$51,650	\$51,651 - \$61,980	\$61,981 - \$72,310	\$72,311 - \$82,640
9 o más	Escribe en el ingreso antes de impuestos \$				

Agradecemos su interés en convertirse en un paciente de Coast Community Health Center. Firme y envíe este formulario para confirmar que ha leído y comprende nuestra Política de Declaración de la Oficina.

Nombre del paciente (Imprimir por favor)

Firma

Fecha

Representante del paciente (Imprimir)

Firma

Fecha

Relación con el paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (IMPRIMA POR FAVOR)

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ inicial del segundo nombre: _____

Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: soltero casado compañero apartado divorciado viudo

género: masculino hembra Transgénero

Dirección de correo electrónico (requerida para acceder al portal del paciente):

Esto le otorgará acceso a nuestro Portal para pacientes. (Si desea optar por no participar en cualquier momento, notifique a un Representante de pacientes)

¿Cómo le gustaría que lo contactemos sobre sus citas? (más de 1 puede ser seleccionado)

teléfono de casa Teléfono móvil teléfono del trabajo

mensaje de texto correo electrónico (la dirección de correo electrónico debe proporcionarse arriba)

INFORMACIÓN DE DIRECCIÓN (POR FAVOR IMPRIMA)

dirección física: _____ Dirección de envío: _____

ciudad: _____ ciudad: _____

estado: _____ código postal: _____ estado: _____ código postal: _____

teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (POR FAVOR IMPRIMA)

Nombre del empleador: _____

teléfono del trabajo: _____ número de extensión: _____

PARTIDO AUTORIZADO SECUNDARIO (IMPRIMA POR FAVOR)

Nombre del cónyuge / pareja (si corresponde): _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (POR FAVOR IMPRIMA)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (POR FAVOR IMPRIMA)

Compañía de seguros primaria: _____ fecha de vigencia: _____

Nombre del suscriptor (si no es uno mismo): _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Número de seguro social del suscriptor: _____

Número de identificación del seguro: _____ Número de grupo: _____

Relación con el paciente: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ fecha de vigencia: _____
 Nombre del suscriptor (si no es uno mismo): _____
 Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Número de seguro social del suscriptor: _____
 Número de identificación del seguro: _____ Número de grupo: _____
 Relación con el paciente: _____
 Si no tiene cobertura de seguro, ¿está solicitando nuestro programa de escala móvil? sí no

HISTORIA CLÍNICA Y FORMA FÍSICA

Información del paciente

Nombre: _____ Años: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Proveedor anterior: _____
 Proveedor de referencia (si corresponde): _____
 Razón de la visita: _____

Su historial completo de medicamentos es importante. Los pacientes deben actualizar esta lista para verificar su precisión en cada cita. Si por alguna razón no puede completar este formulario, lleve todos sus medicamentos que está tomando, **en sus envases originales**, a su primera cita.

Alergias: ¿Es alérgico a los medicamentos, el yodo, los mariscos, los alimentos, la cinta o el látex?
 Enumera cada sustancia y tu reacción.

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción
<input type="checkbox"/> sin alergias conocidas			

Medicamentos actuales: enumere todos los medicamentos recetados, no recetados y de venta libre que use, incluyendo hierbas, gotas para los ojos, suplementos nutricionales, inhaladores, etc. Indique cualquier medicamento que se tenga antes de una cirugía programada, y cualquier medicamento que haya completado recientemente (incluidos los antibióticos).

Fecha de inicio	Medicación	Cantidad y dosis	Ruta (por ejemplo, boca, spray)	Direcciones (Por ejemplo, 2 veces / día)	Propósito

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de farmacia: _____

Historia médica pasada:

(Marque con un círculo todos los que correspondan):

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Ninguna | Enfermedad de la arteria coronaria | Hepatitis A B o C | Osteoporosis |
| Alergia: comida | Depresión | Alta presión sanguínea | Incautación |
| Alergia: estacional | Diabetes-Dieta controlada | Colesterol alto | Apnea del sueño |
| Ansiedad | Diabetes en la insulina | VIH | Accidente cerebrovascular / TIA |
| Artritis (tipo): _____ | Diabetes-Meds Orales | Hipertiroidismo | Tuberculosis |
| Asma | Enfisema | Hipotiroidismo | |
| Dificultades de sangrado | Enfermedad del corazón | Pérdida de consciencia | |

Cáncer: tipo / tratamiento: _____

Otro: _____

Historia Quirúrgica Pasada

(Tipo de cirugía y año)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Historia social

El consumo de Tabaco

- Nunca
- Dejar
¿Cuándo? _____
- Cigarrillos
Paquetes por día ____
- Pipa
- Cigarro
- Mascando tabaco
¿Años? _____

Uso de alcohol

- Ninguna
- Socialmente
- Diariamente
- Intenso

El consumo de drogas

- Ninguna
- Marijuana
- Anfetaminas
- Otro _____

Ejercicio

- Ninguna
- 1-2x/semana
- 4x/semana
- 5-6x/semana

Uso de cafeína

- Ninguna
- Ocasional
- Diariamente
- ¿Cuánto cuesta?
Tipo: _____

¿Alguna vez te trataron por abuso de alcohol? Si No

¿Alguna vez ha sido tratado por consumo de drogas? Si No

¿Hay alguna creencia religiosa que pueda afectar su atención médica? _____

Educación

Por favor verifica el nivel más alto: La escuela primaria Escuela secundaria Universidad Postgrado

Historia Ocupacional

¿Has alterado tu trabajo como resultado del problema que te trajo aquí hoy? Si No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Si actualmente estás fuera del trabajo como resultado del problema, ¿cuánto tiempo has estado fuera? _____

Historia familiar

Padre Años: ____	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	Historial médico o causa de la muerte: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo: _____ Otro: _____
Madre Años: ____	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	Historial médico o causa de la muerte: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo: _____ Otro: _____
Hermanos Años: ____	# Vivo _____ # Fallecido _____	Historial médico o causa de la muerte: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
Hermanas Años: ____	# Vivo _____ # Fallecido _____	Historial médico o causa de la muerte: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo: _____ Otro: _____
Niños Años /Sexo: _____ Años /Sexo: _____	# Vivo _____ # Fallecido _____	Historial médico o causa de la muerte: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo: _____ Otro: _____

Para mujeres:

¿Estas embarazada? _____ ¿Estás amamantando? _____ # de embarazos / entregas _____
Fecha del primer periodo menstrual? _____ Fecha del último periodo menstrual? _____
Última mamografía: _____ última prueba de Papanicolaou: _____ ¿Último análisis de densidad ósea? _____

Para hombres:

¿Experimenta impotencia? _____

Inmunizaciones:

Fecha de la gripe: _____ Fecha de neumonía: _____ Fecha de colonoscopia: _____ Fecha de tétanos: _____

Vacunas: marque una casilla para cada vacuna

TÉTANOS	PNEUMOCOCCAL	INFLUENZA	PEDIÁTRICO (solo para niños)
<input type="checkbox"/> En los últimos 10 años	<input type="checkbox"/> En los últimos 5 años	<input type="checkbox"/> Dentro del año pasado	<input type="checkbox"/> A hoy
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

Otras proyecciones: _____

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por Coast Community Health Center (CCHC), que puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi salud y antecedentes de salud mental, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, prescripciones y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que CCHC puede usar y divulgar mi información de salud para:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento (incluidas las actividades realizadas por un médico, una enfermera practicante u otros proveedores de atención médica que brindan atención directamente en CCHC);
- Consulte consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica para mi cuidado y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para el plan de salud o cobertura de seguro, enviar facturas, reclamos y otra información de salud relacionada a compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica;
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y comerciales que respalden los esfuerzos de mi Proveedor para proporcionarme, organizar y recibir un reembolso por la atención médica de calidad y rentable.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo el centro de salud manejará mi información de salud. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de Prácticas de Privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizada, las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de la oficina de CCHC, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede ser revisado de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También entiendo que la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Comunitario de Coast o un resumen vigente se publicará en el área de espera / recepción y que hay una copia disponible a pedido.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o la totalidad de mi información médica no se use o divulgue de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que CCHC no está obligado por ley a aceptar tales solicitudes.

Por la presente doy permiso para divulgar información a las siguientes personas con el propósito específico de administrar mi atención médica.

Nombre (por favor imprima)

Relación (por favor imprima)

Número de teléfono

Nombre (por favor imprima)

Relación (por favor imprima)

Número de teléfono

Al firmar a continuación, acepto que he recibido, revisado y entiendo la información anterior. Entiendo que tengo el derecho de revocar este CONSENTIMIENTO y siempre que lo haga por escrito, excepto en la medida en que ya se haya utilizado o se haya divulgado información en virtud de este consentimiento.

Nombre del paciente (imprimir)

Firma

El día de hoy

Representante del paciente (imprimir)

Firma

El día de hoy

Relación con el paciente (imprimir)

Autorización para la divulgación de información de salud

Paciente: _____
Apellido Nombre de pila Segundo nombre Fecha de nacimiento

Autorizo específicamente la publicación de los siguientes registros, si dichos registros existen:

Historia y física	Medicamentos (todos)	Pruebas de diagnóstico (últimos 5 años)
Notas del gráfico (último año)	Diagnósticos (todos)	Informes operativos (últimos 5 años)
Labs (últimos 2 años)	Mamografía (última disponible)	Radiología (últimos 5 años)
Vacunas (todas)	Pap Smear (último disponible)	Informes de consulta (últimos 5 años)
Alergias a los alimentos / medicamentos (todos)		Colonoscopia (último disponible)
Informes de patología (últimos 5 años)		
Otros / registros específicos:	_____	

De: _____
Nombre de la oficina médica o proveedor

Ciudad Estado Código postal Teléfono Fax

To: Coast Community Health Center Address: 1010 First St SE, Ste. 110, Bandon, OR 97411
Telephone No: 541-347-2529 Fax No: 541-347-9196

Para el propósito de: _____

Si los registros contienen alguna información del tipo enumerado a continuación, se pueden aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación. Entiendo que esta información no será divulgada a menos que inicie en el espacio al lado de la información:

VIH/SIDA: _____ **Salud mental:** _____ **Prueba genética:** _____

Diagnósticos de alcohol / drogas, tratamiento, referencia: _____

He revisado y entiendo esta autorización. También entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la ley federal. A menos que se revoque antes, esta autorización permanecerá vigente durante 1 año a partir de la firma de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una carta al Coast Community Health Center. La cancelación no afectará ninguna información que ya fue revelada. Coast Community Health Center no puede condicionar el tratamiento o la elegibilidad de los beneficios a la firma de la autorización.

También entiendo que puede haber un cargo por registros de la siguiente manera: \$ 30 para las páginas 1-10; 50 centavos por página para las páginas 11-50; 25 centavos por cada página adicional; \$ 5 si la solicitud de registros se envía por correo de primera clase al solicitante. A un paciente no se le pueden negar copias de sus registros médicos debido a la imposibilidad de pagar.

Firma del paciente

Fecha

Otra persona autorizada (nombre impreso)

Relación con el paciente

Firma de persona autorizada

Fecha

La información que comparte con nosotros a continuación, nos permite recibir apoyo continuo a través de la Oficina de Salud Primaria Cuidados como un centro de salud calificado federal. Su cooperación es muy apreciada y sus respuestas se llevarán a cabo en la más estricta confianza.

Género al nacer (haz un círculo)	Orientación sexual: (haz un círculo)	Identidad de género: (haz un círculo)
Masculino	Lesbianas o Gays	Masculino
Hembra	Heterosexual (no lesbiana o gay)	Hembra
	Bisexual	Hombre transgénero / Mujer a hombre
	Algo más	Mujer transgénero / Hombre a mujer
	No sé	Otro
	Elijo no divulgar	Elijo no divulgar

1. ¿Sería conveniente contar con un traductor para su visita? Si No

¿Que lenguaje? _____

2. ¿Cuál es su estado actual de vivienda? (¿Dónde pasaste la noche anterior?)

- Vivienda permanente / No sin hogar (Propio / Alquiler) Refugio para indigentes Vivienda pública
 Duplicar (vive con otra familia en el mismo hogar) Calle Situación temporal / Transición

3. ¿Cuál es tu condición de trabajo?

- Empleo a tiempo completo (TODO el año, tiempo completo o parcial) Discapacitado Retirado
 Trabajador estacional (funciona solo en ciertas estaciones, no en todo el año) Estudiante No funciona

4. Si eres menor de 18 años, alguno de tus padres es trabajador estacional? Si /No N/A

5. ¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las que correspondan)

- Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawai Caucásico
 Asiático Otro isleño del Pacífico No reportado / Rehusó reporter
 Negro o afroamericano Otro: _____

6. ¿Eres de origen latino o hispano? Si No

7. ¿Eres un veterano Si No

Instrucciones para la grilla a continuación:

- Encierre en un círculo el tamaño de su hogar en la columna uno.
- Luego marque con un círculo el ingreso anual aproximado antes de impuestos de su hogar en esa fila.

1	0 - \$12,060	\$12,061 - \$15,075	\$15,076 - \$18,090	\$18,091 - \$21,105	\$21,106 - \$24,120
2	0 - \$16,240	\$16,241 - \$20,300	\$20,301 - \$24,360	\$24,461 - \$28,420	\$28,421 - \$32,480
3	0 - \$20,420	\$20,241 - \$25,525	\$25,526 - \$30,630	\$30,631 - \$35,735	\$35,736 - \$40,840
4	0 - \$24,600	\$24,601 - \$30,750	\$30,751 - \$36,900	\$36,901 - \$43,050	\$43,051 - \$49,200
5	0 - \$28,780	\$28,781 - \$35,975	\$35,976 - \$43,170	\$43,171 - \$50,365	\$50,366 - \$57,560
6	0 - \$32,960	\$32,961 - \$41,200	\$41,201 - \$49,440	\$49,441 - \$57,680	\$57,681 - \$65,920
7	0 - \$37,140	\$37,141 - \$46,425	\$46,426 - \$55,710	\$55,711 - \$64,995	\$64,996 - \$74,280
8	0 - \$41,320	\$41,321 - \$51,650	\$51,651 - \$61,980	\$61,981 - \$72,310	\$72,311 - \$82,640
9 o más	Escribe en el ingreso antes de impuestos \$				