

Formulario de Registro del Paciente

ATENCIÓN: Por favor provéanos copias de sus tarjetas de seguro medico al momento de registrarse. Si no tiene seguro medico o necesita asistencia para pagar por los servicios usted necesita completar una aplicación para asistencia financier, alas cuales están disponibles en la recepción.

Información del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Seguro Social _____ - _____ Fecha De Nacimiento _____ Genero: Masculino Femenino

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Condado _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

Podemos dejar mensajes en su correo de voz acerca de:

Citas, medicamento e instrucciones de citas? Si No

Información médica o dental? Si No

Información sobre nuestro programa de descuento? Si No

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Dueño de Negocio Retirado Unemployed

Estudiante: Tiempo Completo Tiempo Parcial No Estudio **Estado Militar:** Activo Retirado Veterano Ninguno

Raza (Por favor elija uno): Blanco/Caucásico Asiático Negro/Afro-Americano Nativo Americano/Nativo de Alaska
 Otro/Isleño del Pacifico Nativo Hawaiano

Etnia (u origen étnico): Hispano/Latino No Hispano/Latino

Idioma Principal: Ingles Espanol Otro _____ **Necesita Servicios de interprete?** Si No

Empleador: _____ **Ocupación:** _____

Recibe actualmente ayuda de vivienda? Si No

Ingresos de la familia: \$ _____ **Numero de personas viviendo en el hogar:** _____

Contacto de emergencia _____ **Relación** _____ **Teléfono** _____

Fiador (padres o tutores/persona que pagara la cuenta). Si es el paciente, sáltese esta sección.

Apellido _____ Primer Nombre _____ # Seguro Social _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Fecha de Nacimiento _____ Género: Masculino Femenino Teléfono _____

Dueño de Seguro Medico: Si No **Empleador** _____

Parentesco del Paciente con la Persona Responsable:

Esposo Hijo Nino Bajo tutela Nieto Custodia DHS Otro _____

Seguro Medico

Seguro Primario _____

Apellido _____ Nombre _____ # Seguro Social _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Género: Masculino Femenino Empleador _____

Seguro Secundario _____

Apellido _____ Nombre _____ # Seguro Social _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Género: Masculino Femenino Empleador _____

Situación De ViviendaSe considera sin hogar? Si No**Sí, sí que definición describiría su situación de vivienda?**Refugio Calle Vivienda temporalmente con otrosVivienda de transición (Vivienda temporal, y servicios de apoyo de transición, de sin vivienda a vivienda permanente.)Otro (habitación individual Hotel/Motel, vivienda de paga día por día, etc.) _____**Aviso Del Conocimiento De La Privacidad De Practicas**

Entiendo que bajo las leyes de HIPAA, tengo derechos respect a la privacidad de mi información médica. Entiendo que esta información puede ser y será usada para: Tratamiento, Pagos y Operaciones del Cuidado de Salud. He recibido, leído y entendido su Aviso de la Privacidad de Practicas que contienen una descripción mas completa de los usos y revelación de la información de mi salud.

X

Firma del Paciente o Persona Responsable _____

Parentesco con el Paciente _____

Fecha _____

Contactos Aprobados Por HIPAA

Le doy permiso a River Hills Community Health Center para revelar información de salud y/o de cuentas a los individuos identificado abajo que están involucrados en mi cuidado o en el cuidado de mis cuentas. **Esto no incluye la liberación del expediente.**

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Sleccione el tamaño de su hogar y su estimado de ingreso bruto anual del hogar:

Tamaño del hogar	Anual	Anaul	Anual	Anual	Anual
1	<input type="checkbox"/> 0-\$12,140	<input type="checkbox"/> \$12,141-\$16,996	<input type="checkbox"/> \$16,997-\$21,043	<input type="checkbox"/> \$21,044-\$24,280	<input type="checkbox"/> \$24,281+
2	<input type="checkbox"/> 0-\$16,460	<input type="checkbox"/> \$16,461-\$23,044	<input type="checkbox"/> \$23,045-\$28,531	<input type="checkbox"/> \$28,532-\$32,920	<input type="checkbox"/> \$32,921+
3	<input type="checkbox"/> 0-\$20,780	<input type="checkbox"/> \$20,781-\$29,092	<input type="checkbox"/> \$29,093-\$36,019	<input type="checkbox"/> \$36,020-\$41,560	<input type="checkbox"/> \$41,561+
4	<input type="checkbox"/> 0-\$25,100	<input type="checkbox"/> \$25,101-\$35,140	<input type="checkbox"/> \$35,141-\$43,507	<input type="checkbox"/> \$43,508-\$50,200	<input type="checkbox"/> \$50,201+
5	<input type="checkbox"/> 0-\$29,420	<input type="checkbox"/> \$29,421-\$41,188	<input type="checkbox"/> \$41,189-\$50,995	<input type="checkbox"/> \$50,996-\$58,840	<input type="checkbox"/> \$58,841+
6	<input type="checkbox"/> 0-\$33,740	<input type="checkbox"/> \$33,741-\$47,236	<input type="checkbox"/> \$47,237-\$58,483	<input type="checkbox"/> \$58,484-\$67,480	<input type="checkbox"/> \$67,481+
7	<input type="checkbox"/> 0-\$38,060	<input type="checkbox"/> \$38061-\$53,284	<input type="checkbox"/> \$53,285-\$65,971	<input type="checkbox"/> \$65,972-\$76,120	<input type="checkbox"/> \$76,121+
8	<input type="checkbox"/> 0-\$42,380	<input type="checkbox"/> \$42,381-\$59,332	<input type="checkbox"/> \$59,333-\$73,459	<input type="checkbox"/> \$73,460-\$84,760	<input type="checkbox"/> \$84,761+
9	<input type="checkbox"/> 0-\$46,700	<input type="checkbox"/> \$46,701-\$65,380	<input type="checkbox"/> \$65,381-\$80,947	<input type="checkbox"/> \$80,948-\$93,400	<input type="checkbox"/> \$93,401+
10	<input type="checkbox"/> 0-\$51,020	<input type="checkbox"/> \$51,021-\$71,428	<input type="checkbox"/> \$71,429-\$88,435	<input type="checkbox"/> \$88,436-\$102,040	<input type="checkbox"/> \$102,041+
11	<input type="checkbox"/> 0-\$55,340	<input type="checkbox"/> \$55,341-\$77,476	<input type="checkbox"/> \$77,477-\$95,923	<input type="checkbox"/> \$95,924-\$110,680	<input type="checkbox"/> \$110,681+
12+	<input type="checkbox"/> 0-\$59,660	<input type="checkbox"/> \$59,661-\$83,524	<input type="checkbox"/> \$83,525-\$103,411	<input type="checkbox"/> \$103,412-\$119,320	<input type="checkbox"/> \$119,321+

Acuerdo de Pago: Yo autorizo que la información de arriba es correcta yo entiendo que soy responsable de pagar pronto y por complete por mis servicios proveídos por River Hills Community Health Center de acuerdo con los cobros, copagos y deducibles.

Asignación de los beneficios del seguro: Yo autorizo mi beneficio de seguro que se pague directamente al proveedor de River Hills Community Health Center por los servicios prestados, o cualquier otro beneficio bajo algún programa del gobierno, cualquier seguro o plan medico, o cualquier otro beneficio disponible. Este acuerdo estará vigente hasta que sea revocado por escrito.

Permiso para obtener tratamiento medico: Yo doy permiso para los proveedores de salud en River Hills Community Health Center que me puedan dar tratamiento medico para mi o mi familia.

Permiso para obtener tratamiento dental: Yo doy permiso para los proveedores de salud en River Hills Community Health Center que me puedan dar tratamiento dental para mi o mi familia para incluir exámenes, radiografías, profilaxis y aplicación de flúor.

Consentimiento para revelar información protegida de salud: Yo autorizo a River Hills Community Health Center que revele información medica relacionada al paciente a compañías de seguro medico, planes médicos, y proveedores de tercer tipo o agentes autorizados, para el propósito de determinar beneficios pagables en conexión con los servicios proveídos.

X

Firma del Paciente o Persona Responsable _____

Parentesco con el Paciente _____

Fecha _____