

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** _____

Identidad de Genero

- Ninguna Se identifica como mujer Se identifica como hombre Mujer a hombre Hombre a mujer
- Genderqueer ni exclusivamente masculino o femenino
- Categoría de género adicional u otra especifique _____
- Elijo no divulgar

Orientación sexual

- Ninguna Lesbiana, Gay u Homosexual Heterosexual Bisexual No se
- Algo más, por favor describa _____
- Elijo no divulgar

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-\$12,490	<input type="checkbox"/> \$12,491-\$17,486	<input type="checkbox"/> \$17,487-\$21,649	<input type="checkbox"/> \$21,650-\$24,980	<input type="checkbox"/> \$24,981+
2	<input type="checkbox"/> 0-\$16,910	<input type="checkbox"/> \$16,911-\$23,674	<input type="checkbox"/> \$23,675-\$29,311	<input type="checkbox"/> \$29,312-\$33,820	<input type="checkbox"/> \$33,821+
3	<input type="checkbox"/> 0-\$21,330	<input type="checkbox"/> \$21,331-\$29,862	<input type="checkbox"/> \$29,863-\$36,972	<input type="checkbox"/> \$36,973-\$42,660	<input type="checkbox"/> \$42,661+
4	<input type="checkbox"/> 0-\$25,750	<input type="checkbox"/> \$25,751-\$36,050	<input type="checkbox"/> \$36,051-\$44,633	<input type="checkbox"/> \$44,634-\$51,500	<input type="checkbox"/> \$51,501+
5	<input type="checkbox"/> 0-\$30,170	<input type="checkbox"/> \$30,171-\$42,238	<input type="checkbox"/> \$42,239-\$52,295	<input type="checkbox"/> \$52,296-\$60,340	<input type="checkbox"/> \$60,341+
6	<input type="checkbox"/> 0-\$34,590	<input type="checkbox"/> \$34,591-\$48,426	<input type="checkbox"/> \$48,427-\$59,956	<input type="checkbox"/> \$59,957-\$69,180	<input type="checkbox"/> \$69,181+
7	<input type="checkbox"/> 0-\$39,010	<input type="checkbox"/> \$39,011-\$54,614	<input type="checkbox"/> \$54,615-\$67,617	<input type="checkbox"/> \$67,618-\$78,020	<input type="checkbox"/> \$78,020+
8	<input type="checkbox"/> 0-\$43,430	<input type="checkbox"/> \$43,431-\$60,802	<input type="checkbox"/> \$60,803-\$75,279	<input type="checkbox"/> \$75,280-\$86,860	<input type="checkbox"/> \$86,861+
9	<input type="checkbox"/> 0-\$47,850	<input type="checkbox"/> \$47,851-\$66,990	<input type="checkbox"/> \$66,991-\$82,940	<input type="checkbox"/> \$82,941-\$95,700	<input type="checkbox"/> \$95,701+
10	<input type="checkbox"/> 0-\$52,270	<input type="checkbox"/> \$52,271-\$73,178	<input type="checkbox"/> \$73,179-\$90,601	<input type="checkbox"/> \$90,602-\$104,540	<input type="checkbox"/> \$104,541+
11	<input type="checkbox"/> 0-\$56,690	<input type="checkbox"/> \$56,691-\$79,366	<input type="checkbox"/> \$79,367-\$98,263	<input type="checkbox"/> \$98,264-\$113,380	<input type="checkbox"/> \$113,381+
12+	<input type="checkbox"/> 0-\$61,110	<input type="checkbox"/> \$61,110-\$85,554	<input type="checkbox"/> \$85,555-\$105,924	<input type="checkbox"/> \$105,925-\$122,220	<input type="checkbox"/> \$122,221+

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

Paciente Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____

Situación De Vivienda

Se considera sin hogar? Si No

Sí, sí que definición describiría su situación de vivienda?

Refugio Calle Vivienda temporalmente con otros

Vivienda 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. Entiendo que esto no incluye el lanzamiento de registros.

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 reveler 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 _____