



Diversified Services - Exceptional Healthcare
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 financiera. 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 [] Desempleado

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

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 respecto 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 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 _____