

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-\$12,760 | <input type="checkbox"/> \$12,761-\$17,864 | <input type="checkbox"/> \$17,865-\$22,117 | <input type="checkbox"/> \$22,118-\$25,520 | <input type="checkbox"/> \$25,521+ |
| 2 | <input type="checkbox"/> 0-\$17,240 | <input type="checkbox"/> \$17,241-\$24,136 | <input type="checkbox"/> \$24,137-\$29,883 | <input type="checkbox"/> \$29,884-\$34,480 | <input type="checkbox"/> \$34,481+ |
| 3 | <input type="checkbox"/> 0-\$21,720 | <input type="checkbox"/> \$21,721-\$30,408 | <input type="checkbox"/> \$30,409-\$37,648 | <input type="checkbox"/> \$37,649-\$43,440 | <input type="checkbox"/> \$43,441+ |
| 4 | <input type="checkbox"/> 0-\$26,200 | <input type="checkbox"/> \$26,201-\$36,680 | <input type="checkbox"/> \$36,681-\$45,413 | <input type="checkbox"/> \$45,414-\$52,400 | <input type="checkbox"/> \$52,401+ |
| 5 | <input type="checkbox"/> 0-\$30,680 | <input type="checkbox"/> \$30,681-\$42,952 | <input type="checkbox"/> \$42,953-\$53,179 | <input type="checkbox"/> \$53,180-\$61,360 | <input type="checkbox"/> \$61,361+ |
| 6 | <input type="checkbox"/> 0-\$35,160 | <input type="checkbox"/> \$35,161-\$49,224 | <input type="checkbox"/> \$49,225-\$60,944 | <input type="checkbox"/> \$60,945-\$70,320 | <input type="checkbox"/> \$70,321+ |
| 7 | <input type="checkbox"/> 0-\$39,640 | <input type="checkbox"/> \$39,641-\$55,496 | <input type="checkbox"/> \$55,497-\$68,709 | <input type="checkbox"/> \$68,710-\$79,280 | <input type="checkbox"/> \$79,281+ |
| 8 | <input type="checkbox"/> 0-\$44,120 | <input type="checkbox"/> \$44,121-\$61,768 | <input type="checkbox"/> \$61,769-\$76,475 | <input type="checkbox"/> \$76,476-\$88,240 | <input type="checkbox"/> \$88,241+ |
| 9 | <input type="checkbox"/> 0-\$48,600 | <input type="checkbox"/> \$48,601-\$68,040 | <input type="checkbox"/> \$68,041-\$84,240 | <input type="checkbox"/> \$84,241-\$97,200 | <input type="checkbox"/> \$97,201+ |
| 10 | <input type="checkbox"/> 0-\$53,080 | <input type="checkbox"/> \$53,081-\$74,312 | <input type="checkbox"/> \$74,313-\$92,005 | <input type="checkbox"/> \$92,006-\$106,160 | <input type="checkbox"/> \$106,161+ |
| 11 | <input type="checkbox"/> 0-\$57,560 | <input type="checkbox"/> \$57,561-\$80,584 | <input type="checkbox"/> \$80,585-\$99,771 | <input type="checkbox"/> \$99,772-\$115,120 | <input type="checkbox"/> \$115,121+ |
| 12+ | <input type="checkbox"/> 0-\$62,040 | <input type="checkbox"/> \$62,041-\$86,856 | <input type="checkbox"/> \$86,857-\$107,536 | <input type="checkbox"/> \$107,537-\$124,080 | <input type="checkbox"/> \$124,081+ |

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 _____