

**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-\$12,880	<input type="checkbox"/> \$12,881-\$18,032	<input type="checkbox"/> \$18,033-\$22,325	<input type="checkbox"/> \$22,326-\$25,760	<input type="checkbox"/> \$25,761+
2	<input type="checkbox"/> 0-\$17,420	<input type="checkbox"/> \$17,421-\$24,388	<input type="checkbox"/> \$24,389-\$30,195	<input type="checkbox"/> \$30,196-\$34,840	<input type="checkbox"/> \$34,841+
3	<input type="checkbox"/> 0\$21,960	<input type="checkbox"/> \$21,961-\$30,744	<input type="checkbox"/> \$30,745-\$38,064	<input type="checkbox"/> \$38,065-\$43,920	<input type="checkbox"/> \$43,921+
4	<input type="checkbox"/> 0-\$26,500	<input type="checkbox"/> \$26,501-\$37,100	<input type="checkbox"/> \$37,101-\$45,933	<input type="checkbox"/> \$45,934-\$53,000	<input type="checkbox"/> \$53,001 +
5	<input type="checkbox"/> 0\$31,040	<input type="checkbox"/> \$31,041-\$43,456	<input type="checkbox"/> \$43,457-\$53,803	<input type="checkbox"/> \$53,804-62,080	<input type="checkbox"/> \$62,081+
6	<input type="checkbox"/> 0-\$35,580	<input type="checkbox"/> \$35,581-\$49,812	<input type="checkbox"/> \$49,813-\$61,672	<input type="checkbox"/> \$61,673-\$71,160	<input type="checkbox"/> \$71,161+
7	<input type="checkbox"/> 0-\$40,120	<input type="checkbox"/> \$40,121-\$56,168	<input type="checkbox"/> \$56,169-\$69,541	<input type="checkbox"/> \$69,542-\$80,240	<input type="checkbox"/> \$80,241+
8	<input type="checkbox"/> 0-\$44,660	<input type="checkbox"/> \$44,661-\$62,524	<input type="checkbox"/> \$62,525-\$77,411	<input type="checkbox"/> \$77,412-\$89,320	<input type="checkbox"/> \$89,321+
9	<input type="checkbox"/> 0-\$49,200	<input type="checkbox"/> \$49201-\$68,880	<input type="checkbox"/> \$68,881-\$85,280	<input type="checkbox"/> \$85,281-\$98,400	<input type="checkbox"/> \$98,401+
10	<input type="checkbox"/> 0-\$53,740	<input type="checkbox"/> \$53,741-\$75,236	<input type="checkbox"/> \$75,237-\$93,149	<input type="checkbox"/> \$93,150-\$107,480	<input type="checkbox"/> \$107,481
11	<input type="checkbox"/> 0-\$58,280	<input type="checkbox"/> \$58,281-\$81,592	<input type="checkbox"/> \$81,593-\$101,019	<input type="checkbox"/> \$101,020-\$116,560	<input type="checkbox"/> \$116,561
12+	<input type="checkbox"/> 0-\$62,820	<input type="checkbox"/> \$62,821-\$87,948	<input type="checkbox"/> \$87,949-\$108,888	<input type="checkbox"/> \$108,889-\$125,640	<input type="checkbox"/> \$125,641+

**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 \_\_\_\_\_