

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"/> 0-13,590	<input type="checkbox"/> \$13,591-\$19,026	<input type="checkbox"/> \$19,027-\$23,556	<input type="checkbox"/> \$23,557-\$27,180	<input type="checkbox"/> \$27,181+
2	<input type="checkbox"/> 0-\$18,310	<input type="checkbox"/> \$18,311-\$25,634	<input type="checkbox"/> \$25,635-\$31,737	<input type="checkbox"/> \$31,738-\$36,620	<input type="checkbox"/> \$36,621+
3	<input type="checkbox"/> 0-\$23,030	<input type="checkbox"/> \$23,031-\$32,242	<input type="checkbox"/> \$32,243-\$39,919	<input type="checkbox"/> \$39,920-\$46,060	<input type="checkbox"/> \$46,061+
4	<input type="checkbox"/> 0-\$27,750	<input type="checkbox"/> \$27,751-\$38,850	<input type="checkbox"/> \$38,851-\$48,100	<input type="checkbox"/> \$48,101-\$55,500	<input type="checkbox"/> \$55,501+
5	<input type="checkbox"/> 0-\$32,470	<input type="checkbox"/> \$32,471-\$45,458	<input type="checkbox"/> \$45,459-\$56,281	<input type="checkbox"/> \$56,282-\$64,940	<input type="checkbox"/> \$64,941+
6	<input type="checkbox"/> 0-\$37,190	<input type="checkbox"/> \$37,191-\$52,066	<input type="checkbox"/> \$52,067-\$64,463	<input type="checkbox"/> \$64,464-\$74,380	<input type="checkbox"/> \$74,381+
7	<input type="checkbox"/> 0-\$41,910	<input type="checkbox"/> \$41,911-\$58,674	<input type="checkbox"/> \$58,675-72,644	<input type="checkbox"/> \$72,645-\$83,820	<input type="checkbox"/> \$83,821+
8	<input type="checkbox"/> 0-\$46,630	<input type="checkbox"/> \$46,631-\$65,282	<input type="checkbox"/> \$65,283-\$80,825	<input type="checkbox"/> \$80,826-\$93,260	<input type="checkbox"/> \$93,261+
9	<input type="checkbox"/> 0-\$51,350	<input type="checkbox"/> \$51,351-\$71,890	<input type="checkbox"/> \$71,891-\$89,007	<input type="checkbox"/> \$89,008-\$102,700	<input type="checkbox"/> \$102,701+
10	<input type="checkbox"/> 0-\$56,070	<input type="checkbox"/> \$56,071-\$78,498	<input type="checkbox"/> \$78,499-\$97,188	<input type="checkbox"/> \$97,189-\$112,140	<input type="checkbox"/> \$112,141+
11	<input type="checkbox"/> 0-\$60,790	<input type="checkbox"/> \$60,791-\$85,106	<input type="checkbox"/> \$85,107-\$105,369	<input type="checkbox"/> \$105,370-\$121,580	<input type="checkbox"/> \$121,581+
12+	<input type="checkbox"/> 0-\$65,510	<input type="checkbox"/> \$65,511-\$91,714	<input type="checkbox"/> \$91,715-\$113,551	<input type="checkbox"/> \$113,552-\$131,020	<input type="checkbox"/> \$131,021+

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 _____