

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-\$14,580	<input type="checkbox"/> \$14,581-\$20,412	<input type="checkbox"/> \$20,413-\$25,272	<input type="checkbox"/> \$25,273-\$29,160	<input type="checkbox"/> \$29,161 +
2	<input type="checkbox"/> 0-\$19,720	<input type="checkbox"/> \$19,721-\$27,608	<input type="checkbox"/> \$27,609-\$34,181	<input type="checkbox"/> \$34,182-\$39,440	<input type="checkbox"/> \$39,441 +
3	<input type="checkbox"/> 0-\$24,860	<input type="checkbox"/> \$24,861-\$34,804	<input type="checkbox"/> \$34,805-\$43,091	<input type="checkbox"/> \$43,092-\$49,720	<input type="checkbox"/> \$49,721 +
4	<input type="checkbox"/> 0-\$30,000	<input type="checkbox"/> \$30,001-\$42,000	<input type="checkbox"/> \$42,001-\$52,000	<input type="checkbox"/> \$52,001-\$60,000	<input type="checkbox"/> \$60,001 +
5	<input type="checkbox"/> 0-\$35,140	<input type="checkbox"/> \$35,141-\$49,196	<input type="checkbox"/> \$49,197-\$60,909	<input type="checkbox"/> \$60,910-\$70,280	<input type="checkbox"/> \$70,281 +
6	<input type="checkbox"/> 0-\$40,280	<input type="checkbox"/> \$40,281-\$56,392	<input type="checkbox"/> \$56,393-\$69,819	<input type="checkbox"/> \$69,820-\$80,560	<input type="checkbox"/> \$80,561 +
7	<input type="checkbox"/> 0-\$45,420	<input type="checkbox"/> \$45,421-\$63,588	<input type="checkbox"/> \$63,589-\$78,728	<input type="checkbox"/> \$78,729-\$90,840	<input type="checkbox"/> \$90,841 +
8	<input type="checkbox"/> 0-\$50,560	<input type="checkbox"/> \$50,561-\$70,784	<input type="checkbox"/> \$70,785-\$87,637	<input type="checkbox"/> \$87,638-\$101,120	<input type="checkbox"/> \$101,121 +
9	<input type="checkbox"/> 0-\$55,700	<input type="checkbox"/> \$55,701-\$77,980	<input type="checkbox"/> \$77,981-\$96,547	<input type="checkbox"/> \$96,548-\$111,400	<input type="checkbox"/> \$111,401 +
10	<input type="checkbox"/> 0-\$60,840	<input type="checkbox"/> \$60,841-\$85,176	<input type="checkbox"/> \$85,177-\$105,456	<input type="checkbox"/> \$105,457-\$121,680	<input type="checkbox"/> \$121,681 +
11	<input type="checkbox"/> 0-\$65,980	<input type="checkbox"/> \$65,981-\$92,372	<input type="checkbox"/> \$92,373-\$114,365	<input type="checkbox"/> \$114,366-\$131,960	<input type="checkbox"/> \$131,961 +
12+	<input type="checkbox"/> 0-\$71,120	<input type="checkbox"/> \$71,121-\$99,568	<input type="checkbox"/> \$99,569-\$123,275	<input type="checkbox"/> \$123,276-\$142,240	<input type="checkbox"/> \$142,241+

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 _____