



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.

Formulario de Registro del Paciente

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 _____

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 una): ___ Blanco ___ Negro/Afroamericano ___ Indio Americano ___ Nativo ___ Indio asiático ___ Chino ___ Filipino ___ Japonés ___ Coreano ___ Vietnamita ___ Otro Asiático ___ Nativo de Hawái ___ Otro isleño del Pacífico ___ Samoano ___ Guameño o Chamorro

Etnia (elija uno): ___ No Hispano/Latino - Hispano (elija uno): ___ Mexicano ___ MexicoAmericano ___ Chicano ___ Puertorriqueño ___ Cubano ___ Otro origen Hispano/Latino

Idioma principal: ___ Inglés ___ Español ___ Otro _____ Necesita Servicios de interprete? ___ Sí ___ No

Empleador: _____ Ocupación: _____

Recibe actualmente ayuda de vivienda? ___ Sí ___ No

Fiador (padres o tutores/persona que pagara la cuenta). Si es el paciente, sátese 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-\$15,060	<input type="checkbox"/> \$15,061-21,084	<input type="checkbox"/> 21,085-\$26,104	<input type="checkbox"/> \$26,105-\$30,120	<input type="checkbox"/> \$30,121 +
2	<input type="checkbox"/> 0-\$20,440	<input type="checkbox"/> \$20,441-\$28,616	<input type="checkbox"/> 28,617-\$35,429	<input type="checkbox"/> \$35,430-\$40,880	<input type="checkbox"/> \$40,881 +
3	<input type="checkbox"/> 0-\$25,820	<input type="checkbox"/> \$25,821-\$36,148	<input type="checkbox"/> \$36,149-\$44,755	<input type="checkbox"/> \$44,756-\$51,640	<input type="checkbox"/> \$51,641 +
4	<input type="checkbox"/> 0-\$31,200	<input type="checkbox"/> \$31,201-\$43,680	<input type="checkbox"/> \$43,681-\$54,080	<input type="checkbox"/> \$54,081-\$62,400	<input type="checkbox"/> \$62,401 +
5	<input type="checkbox"/> 0-\$36,580	<input type="checkbox"/> \$36,581-\$51,212	<input type="checkbox"/> \$51,213-\$63,405	<input type="checkbox"/> \$63,406-\$73,160	<input type="checkbox"/> \$73,161 +
6	<input type="checkbox"/> 0-\$41,960	<input type="checkbox"/> \$41,961-\$58,744	<input type="checkbox"/> \$58,745-\$72,731	<input type="checkbox"/> \$72,732-\$83,920	<input type="checkbox"/> \$83,921 +
7	<input type="checkbox"/> 0-\$47,340	<input type="checkbox"/> \$47,341-\$66,276	<input type="checkbox"/> \$66,277-\$82,056	<input type="checkbox"/> \$82,057-\$94,680	<input type="checkbox"/> \$94,681 +
8	<input type="checkbox"/> 0-\$52,720	<input type="checkbox"/> \$52,721-\$73,808	<input type="checkbox"/> \$73,809-\$91,381	<input type="checkbox"/> \$91,382-\$105,440	<input type="checkbox"/> \$105,441 +
9	<input type="checkbox"/> 0-\$58,100	<input type="checkbox"/> \$58,101-\$81,340	<input type="checkbox"/> \$81,341-100,707	<input type="checkbox"/> \$100,708-\$116,200	<input type="checkbox"/> \$116,201 +
10	<input type="checkbox"/> 0-\$63,480	<input type="checkbox"/> \$63,481-\$88,872	<input type="checkbox"/> \$88,873-\$110,032	<input type="checkbox"/> \$110,033-\$126,960	<input type="checkbox"/> \$126,961+
11	<input type="checkbox"/> 0-\$68,860	<input type="checkbox"/> \$68,861-\$96,404	<input type="checkbox"/> \$96,405-\$119,357	<input type="checkbox"/> \$119,358-\$137,720	<input type="checkbox"/> \$137,721 +
12+	<input type="checkbox"/> 0-\$74,240	<input type="checkbox"/> \$74,241-\$103,936	<input type="checkbox"/> \$103,937-\$128,683	<input type="checkbox"/> \$128,684-\$148,480	<input type="checkbox"/> \$148,481 +

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 _____

Contactos de emergencia

Esta persona solo será contactada como otra forma de comunicarse con el paciente. No se puede proporcionar información médica o de facturación a esta persona a menos que también figure como contacto de HIPAA.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____