



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 (Mes Día Año) ____/____/____ 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 (Mes Día Año) ____/____/____ 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 (Mes Día Año) ____/____/____ Género: ___ Masculino ___ Femenino
Empleador _____
Seguro Secundario _____
Apellido _____ Nombre _____ # Seguro Social _____ - _____ - _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____
Fecha de Nacimiento (Mes Día Año) ____/____/____ Género: ___ Masculino ___ Femenino Empleador _____

Identidad de Genero

Se identifica como: Ninguna Mujer 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

Se identifica como: 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

