



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 financiera, a las cuales están disponibles en la recepción.

Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente

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

Seguro Secundario

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

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

Indique el tamaño de su hogar y estimado ingreso bruto anual

Para fines de nuestras subvenciones federales, estamos obligados a realizar un seguimiento de los ingresos de nuestros pacientes, sin embargo, no incluimos su información personal.

Esta sección no tiene el propósito de solicitar el programa de descuento de tarifa variable.

Ingresos brutos anuales: _____ Tamaño de la familia: _____

Notificación de las Practicas de Privacidad

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 liberacion de registros.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Parentesco con el Paciente

_____/_____
Fecha

Paciente Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ (Mes Día Año) / /

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.) _____

Contactos Aprobados Por HIPAA

Doy permiso a River Hills Community Health Center a liberar información de salud y / o facturación a las personas identificadas a continuación que están involucradas en mi cuidado o pago de cuidado.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Contactos de emergencia

Esta persona solo será contactada como otra forma de tratar de llegar al paciente. No se puede proporcionar información médica o de facturación a esta persona, a menos que también este incluido como contacto de HIPAA (arriba).

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____