



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 \_\_\_\_\_