

Forma de Registro del Paciente



Family Medicine Health Center (FMHC) es un centro de salud federalmente calificado y recibe fondos federales de conformidad con la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública. Estamos obligados a recopilar información sobre la edad, el género, la raza, la orientación sexual, el ingreso y tamaño de la familia únicamente con fines estadísticos. No hay información individual que se presentó.

FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	M.I.:	Estado	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)
			Civil: (Elige Uno) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			

Dirección:	Número de Seguro Social
------------	-------------------------

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:
---------	---------	----------------	-------------------	-----------------

Correo Electrónico (E-Mail):	Empleador:	Teléfono del Trabajo:
------------------------------	------------	-----------------------

Contacto para Llamadas de Recordatorio y Otros Mensajes Generados Electrónicamente: (Elige Uno)		<input type="checkbox"/> Texto	<input type="checkbox"/> Voz (Seleccionar número preferido: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo)
---	--	--------------------------------	---

Raza: (Elige Uno)	Etnicidad: (Elige Uno)	Fecha de Nacimiento:	Identidad de Género:	Orientación Sexual:	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco / caucásico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar	<input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar	/ / MES / DÍA / AÑO EDAD: Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino: Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino: Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Decide no Anotar	<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> No lo Sé <input type="checkbox"/> Decide no Anotar

Estado de Veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No-Veterano	Idioma preferido:
--	-------------------

Tamaño de la Familia (incluido usted):	Ingreso Anual del Hogar:
--	--------------------------

Trabajadores Agrícola: Alguien de su familia ha trabajado en la agricultura (campos, huertas, etc.) en los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es que sí, esa persona trabajó por menos de 12 meses al año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es que sí, esa persona tenía que mover de un lugar a otro para el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Hay alguien en su hogar que se ha retirado de trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estado de Vivienda: <input type="checkbox"/> Dueño (a) <input type="checkbox"/> Quedar con familia/amigos <input type="checkbox"/> Alquilar (rentar) <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Transicional
---	---

Para cada declaración, dígame si la declaración fue "a menudo cierta, a veces cierta o nunca verdadera" para su hogar:
 A. "En los últimos 12 meses nos preocupaba que nuestra comida se terminara antes de que tuviéramos dinero para comprar más".
 ① Frecuentemente cierto ②. A veces cierto ③ nunca cierto ④ no lo sé, o niego responder
 B. En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos se nos terminaba y no teníamos dinero para obtener más".
 ① Frecuentemente cierto ②. A veces cierto ③ nunca cierto ④ no lo sé, o niego responder

PERSONA RESPONSABLE

Persona Responsable:	Fecha de Nacimiento	Dirección (si es diferente):	Teléfono de Casa:
		/ /	

Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador:	Teléfono del empleador:
------------	------------	--------------------------	-------------------------

¿Es esta persona un paciente en FMHC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Este paciente está cubierto por un seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Nombre del Seguro Primario: <input type="checkbox"/> IPN <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Blue Shield <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro:

Seguro Médico Primario			Seguro Médico Secundario		
Nombre del Suscriptor:	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del Suscriptor:	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:
/ /			/ /		

Relación del Paciente al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro	Relación del Paciente al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo Miso <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro
---	--

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Amigo o Pariente Local: (no vive en la misma dirección)	Relación con el Paciente:	Número de Teléfono:	Número de teléfono alternativo:
--	---------------------------	---------------------	---------------------------------

AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo FMHC facturar directamente a mi compañía de seguros y también autorizo a cualquier tercer-pagador a través del cual ya tengo los beneficios de hacer el pago directamente a FMHC. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Family Medicine Health Center o compañía de seguros de usar y revelar información de la salud con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de beneficios del seguro. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

 X
Firma del Paciente / Guardián

 X
Fecha

RESPONSABILIDAD FINANCIERA | FIRMA ARCHIVADO

Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los cargos médicos incurridos en mi nombre en el Family Medicine Health Center, incluyendo los cargos que no son pagados en su totalidad por mi seguro, los beneficios del programa de gobierno, u otros terceros pagadores. También estoy de acuerdo de pagar o reembolsar a FMHC de todos los gastos en que pueda incurrir en la percepción de tales cantidades, incluyendo, pero no limitado a, honorarios de abogados y gastos de recaudación. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

 X
Firma del Paciente

 X
Fecha

Si el paciente no es la persona que firma:

El paciente es menor de 18 años de edad y considerado menor de edad El paciente está física o mentalmente incompetente Otro:

 X
Firma del Paciente/ Guardián

Relación con el Paciente:

 X
Fecha

 X
Firma del Testigo

 X
Fecha