

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER
NUEVO FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Chart #: _____

La siguiente información nos ayuda a cuidar mejor de usted. Toda la información obtenida se tramite de una manera confidencial y privado. Cualquier espacio en blanco será considerado una "negar comentarios al respecto."

| | | | |
|--|---|---|---|
| Nombre legal: | | | |
| Nombre preferido: | | Pronombre preferido (el, ella): | |
| Sexo Legal: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| Mientras SFHC reconoce una serie de géneros y sexos, muchas compañías de seguros y entidades jurídicas no. Por favor tenga en cuenta que el nombre y sexo legal que haya especificado en su seguro debe utilizarse en todos los documentos relativos a los seguros, la facturación y la correspondencia. Si su nombre preferido y pronombres son diferentes de estos, por favor, háganoslo saber | | | |
| Fecha de nacimiento / / | | # de seguro social - - | |
| Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comunicarnos con usted de una manera rápida y discreta con información importante | | | |
| Teléfono de casa: () | Teléfono de celular: () | Teléfono Trabajo () | Mejor Número para utilizar: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| ¿Esta es vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Dirección de facturación (si es distinta a la de arribar): | | Ciudad: | Estado: Código postal: |
| Dirección de correo electrónico: | | Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Texto | |
| Ocupación: | | Empleador/Nombre de escuela: | |
| Nombre de contacto en caso de emergencia : | Número de teléfono: () | Relación: | |
| Nombre de padre/guardián: | Número de teléfono: () | Relación: | |
| Cuidador primario (si es diferente del padre/guardián): | Número de teléfono: () | Relación: | |
| Por ley, si usted no es el padre/ guardián de un menor, debemos tener una forma de autorización de tratamiento para menores notariada registrada. (Consulte con recepción para la forma) | | | |
| Información sobre seguro medico | | | |
| Independientemente de los servicios que usted recibe en Salina Family Healthcare Center, por favor, complete la siguiente información relacionada con el seguro de salud: (Por favor, dele su tarjeta de seguro a la recepcionista.) | | | |
| Nombre de la compañía de seguro: | | ID# | Group# |
| La siguiente información es para fines demográficos y no afectarán su acceso a la atención médica o la calidad del cuidado que usted recibe. | | | |
| Raza <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro /africano-americanos <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> nativo hawaiano <input type="checkbox"/> indios americanos y nativos de Alaska <input type="checkbox"/> otros isleños del Pacífico | Entidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino | Idioma preferido <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | ¿Ha estado sin hogar en cualquier momento en este año civil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No un Veterano | | ¿Es usted un agricultor estacional o migratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Ver otro lado



| | | | |
|--|---|---|---|
| Estado civil: <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja | ¿Usted se considera como? <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No sabe | ¿Cuál es su sexo? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> transgénero hombre/mujer a hombre <input type="checkbox"/> transgénero mujer/hombre -mujer <input type="checkbox"/> Otros | ¿Tiene usted una directiva anticipada? (testimonio en vivo o DNR, no resucitar por su siglas en ingles) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si si por favor dele una copia a la recepcionista |
|--|---|---|---|

El tamaño de la familia y el ingreso (según el número de personas que viven en su casa, marque el rango de ingresos que pertenece a usted):

| | | | |
|---|---|---|---|
| <u>1 Persona</u> <input type="checkbox"/> \$0 – 12,060 <input type="checkbox"/> \$12,061 – 18,090 <input type="checkbox"/> \$18,091 – 24,120 <input type="checkbox"/> Más de \$24,121 | <u>2 Personas</u> <input type="checkbox"/> \$0 - 16,240 <input type="checkbox"/> \$16,241 - 24,360 <input type="checkbox"/> \$24,361 - 32,480 <input type="checkbox"/> Más de \$32,481 | <u>3 Personas</u> <input type="checkbox"/> \$0 - 20,420 <input type="checkbox"/> \$20,421 - 30,630 <input type="checkbox"/> \$30,631 - 40,840 <input type="checkbox"/> Más de \$40,841 | <u>4 Personas</u> <input type="checkbox"/> \$0 - 24,600 <input type="checkbox"/> \$24,601 - 36,900 <input type="checkbox"/> \$36,901 - 49,200 <input type="checkbox"/> Más de \$49,201 |
| <u>5 Personas</u> <input type="checkbox"/> \$0 - 28,780 <input type="checkbox"/> \$28,781 - 43,170 <input type="checkbox"/> \$43,171 - 57,560 <input type="checkbox"/> Más de \$57,561 | <u>6 Personas</u> <input type="checkbox"/> \$0 - 32,960 <input type="checkbox"/> \$32,961 - 49,440 <input type="checkbox"/> \$49,441 - 65,920 <input type="checkbox"/> Más de \$65,921 | <u>7 Personas</u> <input type="checkbox"/> \$0 - 37,140 <input type="checkbox"/> \$37,141 - 55,710 <input type="checkbox"/> \$55,711 - 74,280 <input type="checkbox"/> Más de \$74,281 | <u>8 Personas</u> <input type="checkbox"/> \$0 – 41,320 <input type="checkbox"/> \$41,321 - 61,980 <input type="checkbox"/> \$61,981 - 82,640 <input type="checkbox"/> Más de \$82,641 |

Por favor aliste por nombre y especialidad, cualquier proveedor de salud fuera de la clínica que usted mira (ex: OB/GYN, GI, cardiólogo, terapeuta, etc.):

| Nombre de Doctor/Clínica | Tipo de Doctor/Clínica |
|--------------------------|------------------------|
| 1) _____ | 1) _____ |
| 2) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 3) _____ |

Permiso para divulgar información de salud: Aliste nombres de familia y/o amigos, que podemos dar información sobre su salud para:

Este Acuerdo permanecerá en efecto hasta que una nueva lista sea proporcionada o hasta que sea revocado por escrito.

Ninguno

| | |
|----------|---------------------|
| 1) _____ | Teléfono #: () |
| 2) _____ | Teléfono #: () |
| 3) _____ | Teléfono #: () |

| | |
|---|----------------------|
| Firma del Padre/guardián legal : | Fecha de hoy: |
|---|----------------------|