

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

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:			
¿Qué Sexo legal? Masculino Femenina		¿Qué Sexo le asignaron al nacer (si es diferente)?: Masculino Femenina	
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: Casa Celular Trabajo	
Dirección:		Ciudad:	
Estado:		Código postal:	
¿Esta es vivienda pública? Si No			
Dirección de facturación (si es distinta a la de arribar):		Ciudad:	
Estado:		Código postal:	
Dirección de correo electrónico:		Método de contacto preferido: Teléfono Email Carta 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 tarjeta de seguro a la recepcionista.)			
Nombre del seguro médico primario:		ID#	Group#
Nombre del seguro médico secundario:		ID#	Group#
Nombre del seguro dental primario:		ID#	Group#
Nombre del seguro dental secundario:		ID#	Group#
Nombre del seguro visión:		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 Blanco Negro/africano-americanos Asiático Nativo hawaiano Indios americanos y naticos de Alaska Otros isleño Os del Pacífico		Entidad Hispano/Latino No Hispano/Latino Veterano Veterano No un Veterano	Idioma preferido Ingles Español Vietnamita Lenguaje de Señas Otro (especifique): _____

Ver otro lado



Estado civil Desconocido (U) Casado/a (M) Soltero/a (S) Divorciado/a (D) Separado (X) Viudo/a (W) Pareja (P)	Orientación sexual Lesbiana, gay u homosexuales Heterosexual Bisexual Algo más por favor describa: No Sé Elijo no divulgar	Pronombre preferido El Ella Ellos	Identidad de género Identifico como hombre Identifico como Mujer Hombre transgénero / Mujer a hombre Mujer transgénero / Hombre a mujer Género no conforme (ni exclusivamente masculino ni femenina) Categoría de género adicional / otro, por favor especifique Elijo no divulgar
¿ Ha estado sin hogar on cuabquier momento en este año civil? Sí No			
¿ Es usted un agricultor estacional o migratorio? Sí No			
¿ Tiene usted una directiva anticipada? (testimonio en vivo o DNR, no resucitar por su siglas en ingles) Sí 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):			
1 Persona \$ 0 - \$ 14,580 \$ 14,581 - \$ 19,537 \$ 19,538 - \$ 24,349 \$ 24,350 - \$ 29,160 Over \$ 29,161	2 Personas \$ 0 - \$ 19,720 \$ 19,721 - \$ 26,425 \$ 26,426 - \$ 32,932 \$ 32,933 - \$ 39,440 Over \$ 39,441	3 Personas \$ 0 - \$ 24,860 \$ 24,861 - \$ 33,312 \$ 33,313 - \$ 41,516 \$ 41,517 - \$ 49,720 Over \$ 49,721	4 Personas \$ 0 - \$ 30,000 \$ 30,001 - \$ 40,200 \$ 40,201 - \$ 50,100 \$ 50,101 - \$ 60,000 Over \$ 60,001
5 Personas \$ 0 - \$ 35,140 \$ 35,141 - \$ 47,008 \$ 47,009 - \$ 58,864 \$ 58,865 - \$ 70,280 Over \$ 70,281	6 Personas \$ 0 - \$ 40,280 \$ 40,281 - \$ 53,975 \$ 53,976 - \$ 67,268 \$ 67,269 - \$ 80,560 Over \$ 80,561	7 Personas \$ 0 - \$ 45,420 \$ 45,421 - \$ 60,863 \$ 60,864 - \$ 75,851 \$ 75,852 - \$ 90,840 Over \$ 90,841	8 Personas \$ 0 - \$ 50,560 \$ 50,651 - \$ 67,750 \$ 67,751- \$ 84,438 \$ 84,439- \$ 101,120 Over \$ 101,121
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:			
Se requiere una nueva lista cada vez que se completa el formulario. Este Acuerdo permanecerá en efecto hasta que una nueva lista sea proporcionada o hasta que sea revocado por escrito.			
Nadie			
1) _____		Teléfono #: ()	
2) _____		Teléfono #: ()	
3) _____		Teléfono #: ()	
Firma del Paciente/guardián legal:			Fecha de hoy:

For Office Use Only
Form Processed by: _____