



Informacion del Paciente/Completar todo el Registro

Nombre Legal Del Paciente:

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Nombre Preferido (Solo si es diferente) _____ Sexo al Nacer: M F

Fecha de Nacimiento: Mes ____/Dia ____/Año ____ Seguro Social # _____

Teléfono: (Casa) _____ (Cell) _____ (T) _____

Mejor Numero para llamarle: ☐ Casa ☐ Cell ☐ Trabajo

PO Box: _____ Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Complete esta sección si el paciente es menor de 18 años: (Ponga Todo el Nombre completo)

Madre: _____ Tel# _____ Padre: _____ Tel# _____

Tutor Legal (Documentos): _____ Relación: _____ Tel# _____

¡Déjenos ayudarlo a crear su cuenta al Portal del Paciente! Correo Electrónico _____

El Portal del Paciente: Le ayuda a manejar su salud a cualquier hora, en cualquier lugar. Agendar citas, Enviar mensajes, Hacer peticiones para surtido de Medicamentos, Mirar los resultados de sus exámenes, información sobre sus facturas en línea sin tener que agendar una cita o esperar en el teléfono a que le atiendan.

En caso de emergencia, ¿A quién debemos contactar? ☐ No Contacto de Emergencia

Nombre completo: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Marque TODO lo que aplica al paciente de cada categoría

Las siguientes preguntas ayudan con nuestro reporte de fondos para cubrir las necesidades de nuestros pacientes.

Idioma

☐	Inglés
☐	Español
☐	Otro:

Etnicidad

☐	Hispano/Latino
☐	No Hispano/Latino

Orientacion Sexual

☐	Gay o Lesbiana
☐	Heterosexual/atracción al sexo o puesto
☐	Bisexual
☐	Otro:
☐	Nose
☐	Prefiero No Responder

Se Identifica como

☐	Masculino
☐	Femenina
☐	Transgenero de M a H
☐	Transgenero de H a M
☐	Prefiero No Responder

Raza

☐	Africano
☐	Americano
☐	Indio Americano
☐	Nativo de Alaska
☐	Asiatico
☐	Blanco
☐	Nativa Hawaiano
☐	Otro Islas del Pacifico
☐	Prefiero no responder

Estado Civil

☐	Soltero
☐	Casado
☐	Divorciado/Separado
☐	Viviendo Juntos
☐	Viudo

Estado Agrícola

☐	No
☐	Si : Cual?
☐	Migrante o Temporal

¿Está el menor en DCF o custodia del Estado?

☐	No
☐	Si

¿Le preocupa perder su hogar?

☐	No
☐	Si
☐	Prefiero No Responder

Informacion del Paciente/Completar todo el Registro

Empleo

☐	Prefiero No Responder
☐	
☐	Tiempo Completo/Por mi propia cuenta
☐	Desempleado por: Retirado-Jubilado/Discapacidad/Estudiante
☐	Medio Tiempo/Temporal
☐	Desempleado

Sin Hogar

☐	No
☐	Si

¿Necesita Interpretar?

☐	No
☐	Si

¿Recibe cuidado de salud en un centro escolar?

☐	No
☐	Si

Veterano

☐	No
☐	Si

¿La falta de transporte le ha impedido acudir a sus citas?

☐	No
☐	Si
☐	Prefiero No Responder

¿Con que frecuencia habla usted con personas cercanas a usted?

☐	1 a 2 veces por semana
☐	3 a 5 veces por semana
☐	5 o más veces por semana
☐	Prefiero No Responder
☐	Menos de una semana

¿La falta de transporte le ha impedido acudir a su trabajo?

☐	No
☐	Si
☐	Prefiero No responder

Estrés ocurre cuando alguien esta tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque tiene su mente perturbada.

¿Qué tan estresado está usted?

☐	Un Poco
☐	Prefiero No Responder
☐	Para Nada
☐	Bastante
☐	Mas o Menos
☐	Mucho

Durante el ultimo ano usted o su familia an

Podido obtener lo siguiente

	SI	No	Prefiero No Responder
Comida	☐	☐	☐
Ropa	☐	☐	☐
Medicina	☐	☐	☐
Cuidado Infantil	☐	☐	☐
Pagar su telefono	☐	☐	☐
Pagar sus utilidades	☐	☐	☐

¿Vive en vivienda Pública?

☐	No
☐	Si

¿Cuál es su nivel más alto de escuela que usted termino?

☐	Prefiero No Responder
☐	Diploma de Preparatorio o GED
☐	Menos de Preparatoria
☐	Mas que Preparatoria

Persona Responsable de la Cuenta:

☐ **YO MISMO - (Paciente)**

Pacientes mayores de 18 años son responsables por su propia cuenta.

(Puede haber excepciones)

¿Qué Parentesco tiene con el Paciente? _____

Nombre Completo: _____ SS#: _____ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: Mes ____/Dia ____/Año ____ Tel/Cell: _____

Dirección física: _____ Ciudad ____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre Del Lugar donde Trabaja: _____ Tel. de su trabajo: _____



Informacion del Paciente/Completar todo el Registro

¿Tiene Aseguranza? SI / NO

Medicare: SI / NO

Kan Care/Medical: SI /NO

Nombre de su aseguranza: _____

Primaria-Nombre Titular: _____ Fecha de Nacimiento:

Mes ____/Dia ____/Año ____

Dirección Completa: _____ Tel: _____

Numero/Póliza: _____ Numero/Grupo: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre de su aseguranza: _____

Secundaria-Nombre Titular: _____ Fecha de Nacimiento:

Mes ____/Dia ____/Año ____

Dirección Completa: _____ Tel: _____

Numero/Póliza: _____ Numero/Grupo: _____ Relación al Paciente: _____

Escala de Descuento:

¿Sabía usted? Que cualquier paciente puede aplicar para nuestra escala de descuento. Aunque usted tenga aseguranza su hogar puede aplicar. Para saber si su hogar califica para un descuento. Por favor pida su Aplicación.

(Por favor vea la escala de abajo)

Por favor circule su ingreso anual antes de Taxas debajo del número de personas en su hogar:

	<u>1</u> Persona	<u>2</u> Personas	<u>3</u> Personas	<u>4</u> Personas	<u>5</u> Personas	<u>6</u> Personas	<u>7</u> Personas	<u>8</u> Personas
Menos De	<u>\$15,060</u>	<u>\$20,440</u>	<u>\$25,820</u>	<u>\$31,200</u>	<u>\$36,580</u>	<u>\$41,960</u>	<u>\$47,340</u>	<u>\$52,720</u>
Entre	<u>\$15,061 a</u> <u>\$ 22,590</u>	<u>\$20,441 a</u> <u>\$30,660</u>	<u>\$25,821 a</u> <u>\$38,730</u>	<u>\$31,201 a</u> <u>\$ 46,800</u>	<u>\$36,581 a</u> <u>\$54,870</u>	<u>\$41,961 a</u> <u>\$62,940</u>	<u>\$47,341 a</u> <u>\$71,010</u>	<u>\$52,721 a</u> <u>\$79,080</u>
Entre	<u>\$22,591 a</u> <u>\$30,120</u>	<u>\$30,661 a</u> <u>\$40,880</u>	<u>\$38,731 a</u> <u>\$51,640</u>	<u>\$46,801 a</u> <u>\$62,400</u>	<u>\$54,871 a</u> <u>\$73,160</u>	<u>\$62,941 a</u> <u>83,920</u>	<u>\$71,011 a</u> <u>\$94,680</u>	<u>\$79,081 a</u> <u>\$105,440</u>
Sobre Pasa	<u>\$30,121</u>	<u>\$40,881</u>	<u>\$51,641</u>	<u>\$62,401</u>	<u>\$73,161</u>	<u>\$83,921</u>	<u>\$94,681</u>	<u>\$105,441</u>

Farmacia: _____

Proveedor Dental: _____

Certificación: Yo Certifico que la Información proporcionada es verdadera y precisa. Que he respondido la información a lo mejor de mi conocimiento y capacidad. Se me ha dado la oportunidad de revisar y entender las formas, acepto por completo todos los términos y pólizas indicadas. Esto puede ser verificado.

Firma Del Paciente

Fecha

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha