



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 Mejor Horario para llamarle: _____

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 ayudarle 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.

¿Le gustaría recibir? Recordatorios de citas, Notificaciones de salud, Resultados de laboratorio, Información de su bill. (Escoja cualquiera o todas las opciones)

Correo electrónico: SI / NO Textos: SI / NO Consentimiento de Llamadas: SI / NO

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

<input type="checkbox"/>	Inglés
<input type="checkbox"/>	Español
<input type="checkbox"/>	Otro:

Raza

<input type="checkbox"/>	Africano Americano
<input type="checkbox"/>	Indio Americano
<input type="checkbox"/>	Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/>	Asiatico
<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	Nativa Hawaiano
<input type="checkbox"/>	Otro Islas del Pacifico
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder

Etnicidad

<input type="checkbox"/>	Hispano/Latino
<input type="checkbox"/>	No Hispano/Latino

Orientacion Sexual

<input type="checkbox"/>	Gay o Lesbiana
<input type="checkbox"/>	Heterosexual/atracción al sexo o puesto
<input type="checkbox"/>	Bisexual
<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	Nose
<input type="checkbox"/>	Prefiero No Responder

Identidad De Genero

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenina
<input type="checkbox"/>	Transgenero de M a H
<input type="checkbox"/>	Transgenero de H a M
<input type="checkbox"/>	Prefiero No Responder

Estado Civil

<input type="checkbox"/>	Soltero
<input type="checkbox"/>	Casado
<input type="checkbox"/>	Divorciado/Separado
<input type="checkbox"/>	Viviendo Juntos
<input type="checkbox"/>	Viudo

Estado Agrícola

No
Si : Cual? Migrante o Temporal

Sin Hogar

No
Si

¿Recibe cuidado de salud en un centro escolar?

No
Si

Veterano

No
Si

¿Vive en vivienda Pública?

No
Si

¿Está el menor en DCF o custodia del Estado?

No
Si

¿Le preocupa perder su hogar?

No
Si
Prefiero No Responder

Empleo

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

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

No
Si
Prefiero No Responder

¿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

¿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

¿Durante el año pasado usted o algún familiar de su hogar no pudo obtener lo siguiente?

Comida
Ropa
Medicamento
Cuidado infantil
Teléfono
Utilidades
Prefiero No Responder

¿Necesita Interprete?

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



Informacion del Paciente/Completar todo el Registro



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#: _____

Fecha de Nacimiento: Mes ____/Dia ____/Año ____ Sexo: M / F

Dirección física: _____ Tel/Cell: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

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

Farmacia: _____

Proveedor Dental: _____

Yo prefiero las citas los días de: _____

Por la Mañana

Por la Tarde

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



Informacion del Paciente/Completar todo el Registro

