

Today's Date: _____

Account #: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Dirección	Apellido (s):	Nombre:	Segundo Nombre:
	Título (circule uno): Sr. Sra. Srta.		Generación (circule uno): Jr Sr III otro _____
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Datos Demográficos	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Legalmente	
	Identidad De Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trans-masculino		Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual	
	<input type="checkbox"/> Trans-femenino <input type="checkbox"/> Género Queer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Deseo Divulgar		<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Deseo Divulgar	
	Número de seguro social: - -		Teléfono de la casa:	
	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año: / /		Teléfono del trabajo:	
	Email:		Teléfono móvil:	
¿Le gustaría recibir recordatorios de sus citas a través de mensaje de texto al móvil que proveyó anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Adicional	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
	Condado en el que reside:		Estudiante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	
	Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		Teléfono Principal: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo	

¿Cómo supo sobre nosotros?: <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Magazín/Diario <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Yelp <input type="checkbox"/> Otro

DE NO TERER SEGURO MÉDICO O DENTAL POR FAVOR PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA

Seguro MÉDICO	Proveedor de seguro médico primario:	Póliza #:
	Dueño (a) de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro Si otro: Nombre del dueño de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____	Grupo #: Fecha de efectividad:
	Proveedor de seguro médico secundario:	Póliza #:
	Dueño (a) de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro Si otro: Nombre del dueño de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____	Grupo #: Fecha de efectividad:

Seguro DENTAL	Proveedor de seguro dental primario:	Póliza #:
	Dueño (a) de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro Si otro: Nombre del dueño de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____	Grupo #: Fecha de efectividad:
	Proveedor de seguro dental secundario:	Póliza #:
	Dueño (a) de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro Si otro: Nombre del dueño de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____	Grupo #: Fecha de efectividad:

Favor presentar copias de todas las tarjetas de seguros médicos a la recepción.

Perfil del Paciente	Tamaño de la familia: _____ Total de Ingreso Familiar: _____ por (circule uno) Año/Mes/Semana
	¿Hace trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si afirmativo: <input type="checkbox"/> Migratorio <input type="checkbox"/> Temporada <input type="checkbox"/> Tiempo completo
	¿Se ha mudado en los últimos 24 meses para hacer trabajo agrícola?: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
	¿Está su familia actualmente desplazada o sin hogar?: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
	¿Es veterano?: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>

Contacto Emerg.	Persona a contactar en caso de emergencia:	Relación con usted:
	Número de teléfono: Casa: _____ Móvil: _____	

Completar solo si el paciente es menor de 18 años:

Persona Responsable	Apellido (s):	Nombre:	Segundo Nombre:
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Relación con el paciente:		
	Fecha de nacimiento de persona responsable:	Número de seguro social de persona responsable:	
	<p><i>Solicito y autorizo a Contentnea Health a proveer los servicios de atención médica al menor bajo mi cuidado antes descrito, según se considere necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento del menor. Reconozco mi responsabilidad de pagar el cuidado de acuerdo con las tarifas establecidas.</i></p> <p>Firma de la persona responsable: _____</p>		

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN

Por este medio autorizo la divulgación de parte y toda información a mi compañía aseguradora o a cualquier individuo apropiado, tal requerido, pertinente a tratamiento provisto por Contentnea Health. Autorizo a Contentnea Health a obtener la información necesaria de mi proveedor de cuidados, empleador o compañía de seguros.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por este medio consiento al tratamiento tal y como ordenado por mi proveedor y provisto por Contentnea Health, sus empleados o a sus representantes. Entiendo que soy responsable en última instancia por los cargos relacionados a mi tratamiento. Todas las cuentas están adeudadas y son pagaderas al recibo de la factura.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

Entiendo que se me ha entregado la Notificación de Prácticas de Privacidad por Contentnea Health.

CESIÓN DE BENEFICIOS

Por este medio asigno todos los beneficios de seguro a los que tengo derecho. Por este medio autorizo y dirijo a mi aseguradora, incluyendo Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud o médico, a realizar pagos directamente a Contentnea Health por servicios de salud prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable por deducibles, copagos, y cualquier otra cantidad no cubierta por el seguro.

PROGRAMA DE DESCUENTOS ESCALONADOS

Contentnea Health ofrece un programa de descuentos escalonados basado en el tamaño de la familia y los ingresos. El descuento para el que califique está basado en las guías de pobreza federal y es válido para todos los servicios recibidos en cualquier facilidad de Contentnea Health por periodo de un año a partir de la fecha de calificación. No obstante, ciertos servicios tienen diferentes tarifas de descuentos basado en los materiales y el equipo necesario (por ejemplo, dentaduras postizas, coronas, puentes, IUDs, etc.). Si desea aplicar para el programa de descuentos escalonados por favor pida una aplicación en la recepción.

Doy fe con mi firma más abajo que toda la información provista es cierta y precisa al mejor de mis conocimientos y que entiendo los derechos y responsabilidades anteriormente descritos.

<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>