

Today's Date: \_\_\_\_\_

Account #: \_\_\_\_\_



# GREENE COUNTY HEALTH CARE INC FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

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

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

<b>Adicional</b>	<b>Raza:</b> <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	<b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
	<b>Condado en el que reside:</b>	<b>Estudiante:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
	<b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Teléfono Principal:</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo

<b>¿Cómo supo sobre nosotros?:</b> <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**

<b>Seguro MÉDICO</b>	<b>Proveedor de seguro médico primario:</b>	<b>Póliza #:</b>
	<b>Dueño (a) de la póliza:</b> <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: _____	<b>Grupo #:</b>  <b>Fecha de efectividad:</b>
	<b>Proveedor de seguro médico secundario:</b>	<b>Póliza #:</b>
	<b>Dueño (a) de la póliza:</b> <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: _____	<b>Grupo #:</b>  <b>Fecha de efectividad:</b>

<b>Seguro DENTAL</b>	<b>Proveedor de seguro dental primario:</b>	<b>Póliza #:</b>
	<b>Dueño (a) de la póliza:</b> <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: _____	<b>Grupo #:</b>  <b>Fecha de efectividad:</b>
	<b>Proveedor de seguro dental secundario:</b>	<b>Póliza #:</b>
	<b>Dueño (a) de la póliza:</b> <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: _____	<b>Grupo #:</b>  <b>Fecha de efectividad:</b>

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

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

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

**Completar solo si el paciente es menor de 18 años:**

<b>Persona Responsable</b>	<b>Apellido (s):</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Segundo Nombre:</b>
	<b>Dirección:</b>		
	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
	<b>Relación con el paciente:</b>		
	<b>Fecha de nacimiento de persona responsable:</b>		<b>Número de seguro social de persona responsable:</b>
	<p><i>Solicito y autorizo a Greene County Health Care 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><b>Firma de la persona responsable:</b> _____</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 Greene County Health Care. Autorizo a Greene County Health Care 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 Greene County Health Care, 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 Greene County Health Care.

## **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 Greene County Health Care 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**

Greene County Health Care 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 Greene County Health Care 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.

<b>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.</b>	
<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>