



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

¿Usted necesita ayuda en llenar estos papeles? Si No

Información de paciente:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de segundo nombre: _____

Nombre Preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Numero de teléfono: _____ correo electrónico: _____

Manera de contacto preferido: teléfono Texto correo electrónico Otro

Nombre de empleador: _____ número de teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Numero de teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Numero de teléfono: _____

Estado Matrimonial: Soltero/a Casado/a Divorciado/a compañero/a Viudo/a Separado/a legalmente Deseo no contestar

género de nacimiento: H M

***Orientación sexual:**

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- No se
- Elijo no revelar

***Identidad de género:**

- Mujer
- Hombre
- Non-Binario
- Transgénero mujer a hombre
- Transgénero hombre a mujer
- Otro

***idioma preferido:**

- Ingles
- español
- Otro

***Usted necesita interprete?**

- Si
- No

***Raza:**

- Nativo de Alaska
- Indio Americano
- asiático
- Afroamericano
- blanco americano
- Nativo Americano de Hawái o isleño del pacífico
- Elijo no revelar
- Otro

***Etnicidad:**

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino
- Elijo no revelar
- Negaron a informar

***Como se enteró de nosotros?**

- Medios Sociales
- el Radio
- por correo
- periodico
- Palabra de boca
 - Familia/amistades
 - Miembro del staff
- Otro _____

***Cual es el ingreso anual de su hogar?** _____ **Cuantos viven en el hogar?** _____

***Cual es el nombre de la farmacia preferida?** _____ **Número de teléfono:** _____

**La siguiente información es solicita por el gobierno Federal a fin de vigilar el cumplimiento de las leyes federales que prohíben la discriminación contra los usuarios de los centros comunitarios de salud de HCC Network (Todas las ubicaciones). No está obligado a proporcionar esta información, pero se le alienta a hacerlo. Esta información no se usará para discriminar en contra de usted de ninguna manera, ni se divulgará, excepto en forma agregada.*



Información de Seguro:

Seguro Médico Principal: Medicare Medicaid Seguro Comercial Pago por cuenta propia

Nombre de plan: _____ **Numero de ID:** _____ **Numero de Grupo:** _____

Nombre del asegurado: _____ **Numero social:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Fecha Efectiva: _____ **Relación al Paciente:** uno mismo Su cónyuge Su hijo hijastro otro

Seguro Secundario: Medicare Medicaid Seguro Comercial Pago por cuenta propia

Nombre de plan: _____ **Numero de ID:** _____ **Numero de Grupo:** _____

Nombre del asegurado: _____ **Numero social:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Fecha Efectiva: _____ **Relación al Paciente:** uno mismo Su cónyuge Su hijo hijastro otro

Seguro Dental Principal: Medicare Medicaid Seguro Comercial Pago por cuenta propia

Nombre de plan: _____ **Numero de ID:** _____ **Numero de Grupo:** _____

Nombre del asegurado: _____ **Numero social:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Fecha Efectiva: _____ **Relación al Paciente:** uno mismo Su cónyuge Su hijo hijastro otro

Seguro Secundario: Medicare Medicaid Seguro Comercial Pago por cuenta propia

Nombre de plan: _____ **Numero de ID:** _____ **Numero de Grupo:** _____

Nombre del asegurado: _____ **Numero social:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Fecha Efectiva: _____ **Relación al Paciente:** uno mismo Su cónyuge Su hijo hijastro otro

Persona Responsable para Hacer el Pago:

Uno Mismo Padre/Guardian Legal Centro de Detención Instalación Poder Notarial

Nombre: _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Uno Mismo Padre/Guardian legal Centro de Detención Instalación Poder Notarial

Nombre: _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Por la presente autorizo el pago directamente a HCC para los beneficios médicos y/o quirúrgicos por cualquier servicio proporcionado a mi o mis dependientes. Por la presente autorizo a HCC/LWCHC a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examinación o tratamiento necesario para establecer un pago de reclamo de seguro de salud. Entiendo que ocasionalmente mi compañía de seguros negara el pago por servicios que mi medico y/o yo consideremos necesarios para mi buena salud. Por favor tenga en cuenta que los pacientes que pagan por cuenta propia o por escala móvil pueden incurrir cargos adicionales fuera de los costos de vistas al consultorio. Estoy de acuerdo en pagar por dichos servicios de manera pronta y puntual. Por la presente autorizo a los proveedores de HCC e recetar tratamientos, administrar medicamentos y realizar los procedimientos y pruebas que puedan considerarse aconsejables o necesarios en mi diagnostico o el de mis dependientes. Autorizo a HCC a divulgar información a: _____ **Iniciales**



Escala de costos móvil:

¿Usted quiere aplicar por la escala de costos móvil de HCC Network? si No

RELEASE OF INFORMATION:

I authorize HCC Network to release information to the following listed below:

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Número de Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Número de Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Número de Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Número de Teléfono:** _____

Si soy incapaz de traer mis hijos (as) a una cita, le doy permiso a _____ para traer a mis hijos.

Solicitud de Registros:

Para la continuidad de cuidado, autorizo a HCC Network a intercambiar registros con otros proveedores de atención medica:

Enviar y recibir Solo enviar Solo recibir Optar por no participar _____ **Iniciales**

Nombre: _____ **Especialidad:** _____ **Numero de Telefono:** _____

Nombre: _____ **Especialidad:** _____ **Numero de Telefono:** _____

Nombre: _____ **Especialidad:** _____ **Numero de Telefono:** _____

Nombre: _____ **Especialidad:** _____ **Numero de Telefono:** _____

Aviso HIPAA de Practicas de Privacidad:

Reconozco que HCC/LWCHC ha puesto a mi disposición el Aviso HIPAA De Practicas de privacidad. Estamos obligados por ley a obtener su acuse de recibo por escrito que conoce este aviso y que se le ha dado la oportunidad de obtener una copia. _____ **Iniciales**

Autorización a Proporcionar Servicio Médicos Y de Ciudad de Salud:

Por la presente, autorizo a HCC/LWCHC a proporcionar servicios de exámenes médicos, servicios inmunológicos y servicios médicos/de salud de rutina que se consideren normales y necesarios; para asegurar y consentir a la atención médica, quirúrgica, dental y psiquiátrica que un médico licenciado, enfermero o proveedor de salud mental considere necesaria. _____ **Iniciales**

Póliza de citas:

Reconozco que HCC Network ha puesto a mi disposición la póliza de citas. _____ **Iniciales**

Consentimiento de telesalud:

Reconozco que HCC Network ha puesto a mi disposición el consentimiento de telesalud. _____ **Iniciales**

Participación en el Intercambio de Información de Salud:

Por la presente, autorizo que HCC Network ha puesto a mi disposición el aviso de participación en el intercambio de información de salud. _____ **Iniciales**

Firma del paciente: _____ **fecha:** _____

Firma de la parte responsable: _____ **fecha:** _____

Nombre de persona responsable (Por favor escribe claramente): _____