

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido		Nombre		Segundo Nombre (Jr, Sr, etc.)	
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a		
¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Moreno/Afro americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska – Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otro		¿Cuál es su etnicidad? <input type="checkbox"/> Latino / Hispánico <input type="checkbox"/> No Latino / Hispánico		¿Cuál es su idioma principal? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra _____	¿Necesita Traducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Teléfono <input type="checkbox"/> Primario ()	Número de Teléfono de Trabajo <input type="checkbox"/> Primario () ext.	Número Celular ()	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Llamar <input type="checkbox"/> SMS	Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Primario	
Dirección (Calle o P.O. Box)		(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	
¿Quién es su proveedor en CCHS?	Estado Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Jornada <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante de Media Jornada <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Servicio Militar <input type="checkbox"/> Desempleado				
Por favor, esté preparado para presentar su tarjeta de seguro, identificación con fotografía y prueba de ingresos, si es necesario.					
RESPONSABLE (Complete solo si es diferente al anterior)					
Relación con el Responsable: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____					
Nombre de Responsable (Apellido)		(Nombre)		(Segundo Nombre) (Jr, Sr, etc.)	
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a		
Número de Teléfono <input type="checkbox"/> Primario ()	Número de teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Primario () ext.	Número Celular ()	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Llamar <input type="checkbox"/> SMS	Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Primario	
Dirección (Calle o P.O. Box)		(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	
INFORMACIÓN DEL SEGURO (Si no está asegurado, por favor esté preparado para presentar prueba del ingreso para calificar para el programa de descuentos.)					
Seguro Primario (Nombre de la Compañía)		Dirección del Seguro		Número de Teléfono ()	
Identificación de Póliza	Nº de Grupo	Nombre del Suscriptor	Relación al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a Otro: _____	Co-Pago (\$)	
Seguro Secundario (Nombre de la Compañía)		Dirección del Seguro		Número de Teléfono ()	
Identificación de Póliza	Nº de Grupo	Nombre del Suscriptor	Relación al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a Otro: _____	Co-Pago (\$)	
Si Usted tiene más de dos seguros, favor de traer la información adicional en el momento de la inscripción.					
INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA					
¿Cuántas personas residen en su casa?	¿Cada cuánto le paga? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada Dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente		¿Cuál es su ingreso (antes de impuestos) durante este tiempo? \$		
¿Se encuentra sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si no tiene hogar, cuál es la estación donde vive? Amigos <input type="checkbox"/> En la Calle <input type="checkbox"/> Otro _____			¿Es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted es trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de sí, ¿a cuál aplica? <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional			¿Cómo se enteró de Baptist Community? <input type="checkbox"/> Familiares/Amigos <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Otro _____		
Contacto de Emergencia N°1 (Nombre, Dirección, Número de Teléfono)				Relación con el Paciente	
Farmacia Primaria (Nombre)		(Dirección)	(Número de Teléfono)	(Fax)	

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN

Por la presente consiento voluntariamente a la atención médica en la Baptist Community Health Services (BCHS). Por la presente autorizo a todos los médicos y sus asistentes, incluyendo asistentes y enfermeras calificados para ejercer la medicina, empleados por BCHS utilizar estos procedimientos de diagnóstico y tratamiento que consideren necesarias para la gestión y el tratamiento médico adecuado. Entiendo que los asistentes y enfermeras calificados para ejercer la medicina no son médicos licenciados y pueden proporcionar atención médica sólo bajo la supervisión y dirección de un médico licenciado. También cedo los pagos de las reclamaciones que se harán a nombre de BCHS. Estoy de acuerdo en la entrega de información a Medicare, Medicaid y terceros pagadores. Entiendo que algunos de los servicios que se pueden ordenar no pueden estar cubiertos por Medicare, Medicaid y otros seguros y que soy responsable de cualquier cantidad que no se paga. ESTA AUTORIZACIÓN Y CESIÓN ES UNA FIRMA DE UNA SOLA VEZ PERMANENTE QUE PERMANECER EN EL ARCHIVO Y SE UTILIZARÁ PARA FUTURAS RECLAMACIONES. PUEDO REVOCAR EN CUALQUIER MOMENTO POR AVISO ESCRITO.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____