

Formulario de Registro de Pacientes

¡Gracias por elegir el Centro de Salud MedNorth!

Como Centro de Salud Federalmente Calificado, MedNorth está obligado a recopilar información demográfica sobre los pacientes a los que servimos. La información que proporciona es confidencial. Por favor, marque Elegir no revelar si no desea responder a una pregunta específica.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de seguro social: _____

Dirección o apartado postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ # de Teléfono: _____

Si el paciente es menor de edad, nombre del padre/tutor legal: _____

¿Qué servicios está solicitando?

Médico Dental Salud Integrada

IDIOMA PRINCIPAL:

Inglés
 Español

Otro: _____

País de origen: _____

¿Necesita un intérprete?

Sí
 No

ESTADO CIVIL:

Soltero
 Casado
 Divorciado
 Separado
 Viudo

SITUACIÓN LABORAL:

Tiempo Completo
 Tiempo Parcial
 Desempleado
 Jubilado

Empleador: _____

ESTADO DEL ESTUDIANTE:

Estudiante de Tiempo Completo
 Estudiante de Medio Tiempo

¿ES USTED UN TRABAJADOR AGRÍCOLA?

Sí, trabajador agrícola migrante
 Sí, trabajador agrícola de temporada
 No

¿ERES UN VETERANO?

Sí
 No

ORIGEN ÉTNICO:

Hispano o Latino/a
 No hispanos o latinos/as
 Indio Americano/Nativo Americano
 Asiático
 Negro/Afroamericano
 Blanco/Caucásico
 Nativo de Hawái
 Isleño del Pacífico
 Otro: _____

GÉNERO:

Mujer
 Hombre
 Hombre transgénero (de la F a la M)
 Mujer transgénero (M a F)
 Otro: _____
 Elija no divulgar

ORIENTACIÓN SEXUAL:

Heterosexual (no lesbiana ni gay)
 Lesbiana o gay
 Bisexual
 Otro: _____
 No sé
 Elija no divulgar

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR:

Adultos: _____
Niños: _____

ESTADO DE LA VIVIENDA:

Alquilar Casa/Apartamento
 Dueño Casa/Apartamento
 Vivienda Pública
 Refugio
 Calle/Coche
 Vida de transición
 Alojarse con familiares o amigos
 Elija no divulgar

RANGO DE INGRESOS DEL HOGAR:

Menos de \$12,140
 \$12,141 - \$16,460
 \$16,461 - \$20,780
 \$20,781 - \$25,100
 \$25,101 - \$29,420
 \$29,421 - \$33,740
 \$33,741 - \$38,060
 \$38,061 - \$42,380
 \$42,381 - \$46,700
 \$46,701 - \$51,020
 \$51,021 - \$55,340
 \$55,341 - Over
 Elija no divulgar

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Del responsable es la persona que pagará la visita y es financieramente responsable de todas las facturas.

Complete esta sección **solo** si la persona y el paciente **no son** la misma persona.

Relación de Responsable: Esposo Padre Tutor legal Otro: _____

Nombre: _____ FDN: _____ SSN: _____

Número de teléfono: _____ Dirección o apartado postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del paciente o firma del padre/tutor si el paciente es menor de edad

Fecha

Formulario de Registro de Pacientes

Información sobre el seguro

Por favor, firme este formulario incluso si no tiene seguro.

SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación: _____
Dirección de reclamaciones: _____ Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Empleador: _____ Fecha de entrada en vigor: _____
Número de Seguro Social del suscriptor: _____ - _____ - _____ Sexo: M F
Relación con el paciente: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación: _____
Dirección de reclamaciones: _____ Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Empleador: _____ Fecha de entrada en vigor: _____
Número de Seguro Social del suscriptor: _____ - _____ - _____ Sexo: M F
Relación con el paciente: _____

AVISO A LOS PACIENTES:

El Centro de Salud MedNorth atiende a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Los descuentos para servicios esenciales se ofrecen según el tamaño de la familia y los ingresos. Para obtener más información, consulte en la recepción o visite nuestro sitio web www.mednorth.org

POR FAVOR FIRME Y PONGA LA FECHA A CONTINUACIÓN, INCLUSO SI NO TIENE SEGURO

Política de pago: El Centro de Salud MedNorth requiere el pago el día del servicio. Este pago incluye los deducibles pendientes, los copagos, los servicios no cubiertos, los pagos de tarifas variables y cualquier cargo restante después de que el seguro haya realizado el pago en su cuenta. Tenga en cuenta que es posible que su seguro no cubra todos los cargos y que usted puede ser responsable de cualquier saldo en su cuenta y se le facturará hasta que se pague ese saldo. El Programa de Tarifa Variable está disponible para familias de bajos ingresos. Este programa permite a los pacientes recibir atención médica a un precio reducido. Debe presentar la solicitud a los Coordinadores de Acceso de Pacientes, proporcionando documentación de los ingresos totales y el número de personas en el hogar. Debe volver a solicitar el programa cada año y el pago debe realizarse en el momento del servicio. La firma de este formulario indica que usted está al tanto de las políticas y procedimientos anteriores y que se le informó sobre el programa de tarifa variable. Por la presente autorizo la asignación de todos los beneficios del seguro pagaderos directamente a El Centro de Salud MedNorth.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente o firma del padre/tutor si el paciente es menor de edad

Fecha