

Formulario de Registro de Pacientes

¡Gracias por elegir el Centro de Salud MedNorth!

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

ETNICIDAD:

☐ Cubana
☐ Mexicano, mexicanoamericano o chicano/a
☐ Puertorriqueña
☐ Origen hispano, latino/a o español
☐ No es de origen hispano, latino/a o español
☐ Eligió no divulgar

RAZA:

☐ Indígena estadounidense/Nativo de Alaska
☐ Negro/Afroamericano
☐ Blanco/Caucásico
☐ Indio asiático
☐ Filipino
☐ Idioma chino
☐ Japonesa
☐ Vietnamita
☐ Coreana
☐ Otro asiático
☐ Guamanian or Chamorro
☐ Nativo de Hawái ☐ Samoana
☐ Otros isleños del Pacífico
☐ Más de una raza
☐ Eligió no divulgar

GÉNERO:

☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Eligió 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
☐ Eligió 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 - Excedente
☐ Eligió no divulgar

¿ESTA VISITA SE DEBE A UN

ACCIDENTE O LESIÓN?

☐ Sí
☐ No
☐ Si es así, fecha de la lesión: _____

Formulario de Registro de Pacientes

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

La parte 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

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: _____ - _____ - _____ Género: ☐ 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: _____ - _____ - _____ Género: ☐ 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