

Formulario de Registro

Nombre del Paciente		Primer Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección Calle <input type="checkbox"/> No tengo hogar			Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Seguro Social	
Número de Teléfono Primario <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Deje un mensaje de voz si no contesto				Número de Teléfono Alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Deje un mensaje de voz si no contesto			
Método de Contacto Preferido <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo <input type="checkbox"/> Carta							
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Compañero (a) de vida		Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro _____			Estado de Empleo <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado(a) <input type="checkbox"/> por cuenta propia <input type="checkbox"/> Niño (a)		
Consentimiento de Rx Historia <input type="checkbox"/> Sí, firmado desde adjunto <input type="checkbox"/> Disminuido		¿Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nombre del Empleador _____ Estatus de estudiante <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> no un (una) estudiante		
La información siguiente nos ayudara a entender mejor las necesidades de las comunidades a las que servimos. No compartiremos su información.							
Raza (Seleccione todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otros Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guamanés o chamorro <input type="checkbox"/> De las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Me niego a identificar mi raza		Orientación Sexual: ¿Qué sexo le asignaron al nacer? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro / Intersexual Preferencia de pronombres: <input type="checkbox"/> Él/Él <input type="checkbox"/> Ella/Ella <input type="checkbox"/> Ellos/Ellos/Nosotros <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Cuál es tu identidad de género? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Femenino Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino a Masculino Femenino <input type="checkbox"/> Genderqueer (Neither male nor female) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Me niego a responder ¿Cuál es tu orientación sexual? <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Me niego a responder			¿Vive usted en vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted un trabajador de la agricultura, un trabajador migrante, o un granjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuantos miembros hay en la familia: _____ Ingresos del hogar: (Por favor complete uno) <input type="checkbox"/> menos de \$19,999 <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999 <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999 <input type="checkbox"/> \$60,000 - \$79,999 <input type="checkbox"/> \$80,000 + Si se desconocen los ingresos anuales, indique a continuación los ingresos semanales o mensuales: Semanal \$ _____ Mensual \$ _____		
Grupo Étnico ¿Eres hispano, latino/a o de origen español? (Se pueden seleccionar una o más categorías) <input type="checkbox"/> No, no de origen hispano/latino/a, o español <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Me niego a identificar mi etnicidad							

¿Cómo se enteró acerca de nosotros? Compañía de seguro Otro Doctor Feria de Salud
 Hospital _____ Amigo Website Otro Paciente Agencia del condado/gobierno _____

PORTAL DEL PACIENTE

Ahora puede manejar de una forma segura y confidencial algunas de sus necesidades de salud en el Portal del paciente de eClinicalWorks. Provea su dirección de correo electrónico aquí y recibirá un correo nuestro para registrarse.

Correo electrónico del paciente: _____

INFORMACION DEL SEGURO

¿Es el paciente el garante (el responsable) de las cuentas asociadas con los servicios recibidos? Si No
 Si respondió si y el paciente tiene cobertura de seguro médico al cual le podemos cobrar por servicios proveídos, muestre la tarjeta de seguro al personal y por favor llene lo siguiente:

Información del Seguro Medico

Seguro Medico Primario:	Nombre del Asegurado	Seguro Social del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Número de Póliza	Número de Grupo
Seguro Medico Secundario:	Nombre del Asegurado	Seguro Social del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Número de Póliza	Número de Grupo

Relación del paciente con el subscriber: Seguro propio Esposa(o) Hijo(a) Hijastro(a) Otro parentesco

Información del Seguro Dental

Nombre del Asegurado	Seguro Social del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Número de Póliza	Número de Grupo
----------------------	-----------------------------	---------------------	------------------	-----------------

Relación del paciente con el subscriber: Seguro propio Esposa(o) Hijo(a) Hijastro(a) Otro parentesco

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto	Relación	Número de Teléfono del Contacto
---------------------	----------	---------------------------------

INFORMACION DEL GARANTE

Nombre del Garante	Primer Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento del Garante	
Dirección del Garante	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
<input type="checkbox"/> La misma dirección del paciente					
Número de Seguro Social del Garante		Relación/Parentesco		Número de Teléfono del Garante	

Yo doy autorización a Greater Baden Medical Services, Inc. a cobrarle a mi compañía de seguro por servicios cubiertos y a compartir información necesaria para asegurar pagos por servicios. También entiendo que soy responsable por cualquier deducible, co-pagos, y si no estoy cubierto soy responsable por los cargos.

Yo entiendo que los servicios de planificación familiar son voluntarios y no son un requerimiento para recibir otros servicios de GBMS.

A mi mejor entender, la información de arriba es correcta. Yo entiendo que si alguna de la información de arriba cambia, tengo que notificar al Centro lo más pronto posible.

Yo entiendo que al firmar este formulario estoy dando permiso para dar tratamiento al paciente.

 Firma del Paciente o Persona Responsable

 Fecha