

## Formulario de Registro

<b>Nombre del Paciente</b>		Primer Nombre	Inicial	Apellido	<b>Fecha de Nacimiento</b> Mes/Día/Año		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Dirección</b> Calle <input type="checkbox"/> No tengo hogar			Ciudad	Estado	Código Postal	<b>Número de Seguro Social</b>	
<b>Número de Teléfono Primario</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo  <input type="checkbox"/> Deje un mensaje de voz si no contesto				<b>Número de Teléfono Alternativo</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo  <input type="checkbox"/> Deje un mensaje de voz si no contesto			
<b>Método de Contacto Preferido</b> <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo <input type="checkbox"/> Carta							
<b>Estado Civil</b> <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		<b>Idioma Preferido</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro _____			<b>Estado de Empleo</b> <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)		
<b>Consentimiento de Rx Historia</b> <input type="checkbox"/> Sí, firmado desde adjunto <input type="checkbox"/> Disminuido		<b>¿Necesita un Intérprete?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>Nombre del Empleador</b> _____ <b>Estatus de estudiante</b> <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.							
<b>Raza</b> (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		<b>Orientación Sexual:</b> <b>¿Qué sexo le asignaron al nacer?</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro / Intersexual  <b>Preferencia de pronombres:</b> <input type="checkbox"/> Él/Él <input type="checkbox"/> Ella/Ella <input type="checkbox"/> Ellos/Ellos/Nosotros <input type="checkbox"/> Otro _____  <b>¿Cuál es tu identidad de género?</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Genderqueer (Neither male nor female) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Me niego a responder  <b>¿Cuál es tu orientación sexual?</b> <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			<b>¿Vive usted en vivienda pública?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>¿Es un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>¿Es usted un trabajador de la agricultura, un trabajador migrante, o un granjero?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Cuantos miembros hay en la familia:</b> _____  <b>Ingresos del hogar:</b> (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 \$ _____		
<b>Grupo Étnico</b> <b>¿Eres hispano, latino/a o de origen español?</b> (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

<b>Seguro Medico Primario:</b>	Nombre del Asegurado	Seguro Social del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Número de Póliza	Número de Grupo
<b>Seguro Medico Secundario:</b>	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

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