



**Registro y Consentimiento del Paciente**

**Datos Demográficos del Paciente**

**Información del paciente:** ¿Necesita ayuda con los Formularios?  Y  N | Lenguaje Preferido:  English  español  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_ (Sufijo) \_\_\_\_\_  
Menor  Y  N Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Sex:  Hombre  Mujer **Empleador:** \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Dirección Física: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Mejor Forma de Contacto:  Teléfono de Casa  Celular  Otro \_\_\_\_\_ | Podemos dejar mensaje de Voz?  Si  No  
Email: \_\_\_\_\_ Consentimiento para texto:  S  N Tiene interés en el Portal de Paciente?  Si  No  
¿Si esta en la universidad, cual es su dirección permanente?: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_ (Relación) \_\_\_\_\_

**Nombre del Garante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento de Garante:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Dirección Física:** \_\_\_\_\_ **Dirección de Correo:** \_\_\_\_\_ **Apt:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_  
**Estado, Zip:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Hogar:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Empleador:** \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Medico**

Nombre de Seguro Primario: \_\_\_\_\_  Nombre de Seguro Secundario: \_\_\_\_\_  
Suscriptor Primario: \_\_\_\_\_ Suscriptor Primario del seguro secundario: \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza de primario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Si es otro) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección y Teléfono del Seguro Primario: \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza de Secundario \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Si otro) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección y Teléfono del Seguro Secundario: \_\_\_\_\_  
 Relacionado al trabajo W/C W/C Numero de caso: \_\_\_\_\_ Fecha de Lesión \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_ Estado de Lesión: \_\_\_\_\_  
 Accidente de Auto Seguro Responsable: Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de Accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Reclamo # \_\_\_\_\_ Nombre y Teléfono de Ajustador: \_\_\_\_\_  
 Auto Pago Sabes sobre la Tarifa de Descuentos?  Si  No  No estoy interesado(a) en la tarifa de descuentos

\*\* Estamos solicitando la siguiente información demográfica para cumplir con las regulaciones federales y para permitirnos abordar nuestras necesidades de la comunidad lo mejor que podamos, pero usted puede optar por rechazar contestar las siguientes preguntas. Para solicitar el programa de tarifa de descuentos, se requiere esta información.

**Cuestionario del Paciente**

**¿Como escucho de Nosotros?**  Propaganda  Pacientes  Doctor Primario  Hospital  Programa de Mochilas  Boca a Boca  
 Doctor Especialista  Otro \_\_\_\_\_  
**Lenguaje Preferido:**  Ingles  español  ruso  Otro \_\_\_\_\_  
**Etnicidad:**  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  Otro \_\_\_\_\_  
**Raza:**  Blanco  Africano Americano  asiático  Indio Americano  Otro \_\_\_\_\_  
**Estado Marital:**  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Compañero(a)  Desconocido  
**Orientación Sexual**  Lesbiana, gay o homosexual  Heterosexual  Bisexual  Otro  No lo se  Prefiero no decir  
**Identidad Sexual:**  Hombre  Mujer  Transgénero hombre/mujer a hombre  Transgénero mujer/hombre to mujer  Otro  
 Prefiero no Decir  
**Trabajador de Agricultura**  Si  No  Migrante  Temporal | **Estas sin Hogar?**  Si  No | **Eres veterano(a)?**  Si  No  
**Tamaño de Familia:** \_\_\_\_\_ **Ingresos anuales del Hogar:** \_\_\_\_\_

**Staff Use Only:** ID # \_\_\_\_\_ Driver's License Scanned  Y  N Reason not scanned: \_\_\_\_\_  
Primary Insurance card scanned both sides?  Y  N Secondary Insurance card scanned both sides?  Y  N

[Type here]

[Type here]

Updated 1/16/2019, BS



**Registro y Consentimiento del Paciente**

**Reconocimiento y consentimiento del paciente**

**Cobertura de tratamiento y comunicación**

Por favor **iniciales y Firma** para seleccionar su método actual de cobertura y para completar el reconocimiento y consentimiento para el tratamiento médico, aviso de prácticas de privacidad, y la política de pago.

\_\_\_\_\_ Auto Pago (Visita del Paciente) y Póliza de Pagos

Firmando abajo, reconozco que he sido informado que es mi responsabilidad pagar por los servicios profesionales o suministros dados a mi hoy en Powell Health Care Coalition dba Heritage Health Center. Es parte de nuestra póliza colectar pago al momento de servicio.

\_\_\_\_\_ Yo, el cliente/guardián/garante que firma abajo esta de acuerdo en pagar por todos los servicios recibidos y/o todos los bienes vendidos a mi o a cualquier persona por quien soy responsable inmediatamente cuando el pago es pedido. Reconozco que si este acuerdo es asignado a una tercera persona para colección prometo pagar 35% mas de colección del balance debido. También estor de acuerdo en pagar costos legales y costos de la corte que se hallan incurrido.

\_\_\_\_\_ Visitas de Pacientes con Seguro Medico

Yo pido que los pagos de beneficios de seguro medico autorizados, incluido Medicare, se hagan de parte mía por cualquier servicio profesional o suministros brindados a mi por Powell Healthcare Coalition dba Heritage Health Center.

Reconozco que hoy he dado la información de mi seguro medico y autorizo la divulgación de mi información medica u otra información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por cualquier servicio o suministros dados por Heritage Health Center al Health Care Financial Administration, mi compañía de seguro y otras entidades cuando se pida pago por los beneficios recibidos. Yo entiendo que soy responsable de pagar todo cargo monetario no cubierto por mi seguro de salud. Es mi responsabilidad el dejar saber a Heritage Health Center de cualquier cambio en mi cobertura de salud. En algunos casos los beneficios de salud no pueden ser determinados hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Yo entiendo que soy responsable por el costo entero de mi visita incluido cualquier balance por servicios profesionales y suministros determinados por Heritage Health Center y/o mi seguro de salud medico si el reclamo es negado o aplicado a mi copago, deducible o limitaciones de cobertura.

Yo, el cliente/guardián/garante estoy de acuerdo en pagar por todos los servicios recibidos y/o todos los bienes vendidos a mi o a cualquier persona por la que yo soy responsable, inmediatamente cuando es pedido. Yo estoy de acuerdo de que, si este acuerdo es a dado a una tercera persona para colección, prometo pagar un costo adicional de 35% del balance debido, también estoy de acuerdo en pagar costos legales y costos de la corte que se hallan incurrido.

\_\_\_\_\_ Consentimiento para tratamiento

Yo doy permiso para tratamiento medico y de salud mental por el personal clínico de Heritage Health Center. El tratamiento medico puede incluir preguntas sobre mi salud pasada, enfermedades actuales, medicamentos y hábitos diarios. También puede incluir exámenes físicos y cualquier procedimiento y prueba necesaria según lo determinado por mi proveedor. Yo puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento notificando al personal clínico de Heritage Health Center en persona o por escrito. Yo estoy de acuerdo con compartir mi información financiera con Heritage Health Center y con sus proveedores de salud contratados, cuando sea necesario para cumplir con la revisión de pago y continuar con los requisitos de cuidado continuo.

\_\_\_\_\_ Aviso de practicas de privacidad

Al firmar este documento, reconozco la revisión del aviso de salud patrimonial de practicas de privacidad, con una copia disponible a petición, según lo requiera la ley de portabilidad y rendición de cuentas de seguro de salud (HIPPA) para asegurarse de que he sido informado de mis derechos a la privacidad

\_\_\_\_\_ Comprendo y acepto el acuerdo de paciente/proveedor del Heritage Health Center, con una copia disponible a petición mía.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

[Type here]

[Type here]

Updated 1/16/2019, BS