



FORMULARIO DE REGISTRACIÓN/CONSENTIMIENTO

INFORMACIÓN DE PACIENTE				Account Number:	
Apellido de PACIENTE:		Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:
Nombre del Padre/Guardián:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Separado(a)		Nombre de Soltero(a)/¿Otros nombres utilizados? Por Favor liste:	
Dirección de Envío:		Numero de apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Principal:	Texto para confirmar citas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Dirección de correo de electrónico:		
Estado de Empleo:	Empleador:		Teléfono del Trabajo:	¿Es un Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Género:	Identidad de Género:		Orientación Sexual:		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano				Etnicidad: <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Otro	
Idioma:		Tomaño de la Familia: Adultos:		Niños(as):	

Ingreso del Hogar:			<input type="checkbox"/> Rechazado		
<input type="checkbox"/> Menos de \$15,000	<input type="checkbox"/> \$15,000 to \$24,999	<input type="checkbox"/> \$25,000 to \$34,999	<input type="checkbox"/> \$35,000 to \$49,999	<input type="checkbox"/> \$50,000 to \$74,999	<input type="checkbox"/> \$75,000 to \$99,999
<input type="checkbox"/> \$100,000 to \$149,999	<input type="checkbox"/> \$150,000 to \$199,999	<input type="checkbox"/> \$200,000 o Más			
¿Durante los últimos dos años, usted o un miembro de su familia han viajado por tabajo o ha sido trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Es el Centro de Salud Comunitario Flint Hills su hogar medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mi proveedor primario es (por favor liste):		

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y PRIVACIDAD			
CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea padre/tutor legal):			Número de Teléfono:
SI EL PACIENTE ES UN MENOR, LISTE A CUALQUIER PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS, OTRO QUE NO SEA EL PADRE/GUARDIAN QUIEN TRAIRIA A EL PACIENTE A CITAS.			
Nombre:	Relación al Paciente:	Teléfono:	
1.			
2.			
3.			
PERSONA(S) QUE PUEDE OBTENER LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL PACIENTE (incluyendo información de archivos verbal/escritos):			
Nombre:	Relación al Paciente:	Teléfono:	Acceso a la Información:
1.			<input type="checkbox"/> Medicá <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Financiera
2.			<input type="checkbox"/> Medicá <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Financiera
3.			<input type="checkbox"/> Medicá <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Financiera

CONSENTIMIENTO / ACUERDO FINANCIERO
<p>Doy consentimiento a FHCHC para obtener antecedentes de salud, realizar servicios de laboratorio, realizar un examen físico, proveer servicios de vacunación y proveer tratamiento indicado. Doy mi consentimiento a FHCHC a someter reclamos y recinir pago de mi aseguranza en mi nombre. Por este medio autorizo pago de mis beneficios de a seguridad médica a FHCHC. Entiendo que soy responsable financiera por cualquier cargo pagado o no pagado por dicha aseguranza. Sí copagos y/o deducibles son designados por mi compañía aseguradora o plan de salud acuerdo en pagarlos a FHCHC. Autorizo a FHCHC a relevar cualquier información requerida para procesar cualquier y todos los reclamos para el reembolso a mi. Una copia de esta autorización puede ser utilizada en lugar de la original. Acepto que a cambio de los servicios prestados al paciente por FHCHC, pagaré mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para el pago de FHCHC. Sin embargo, se entiende que el abajo firmante y/o el paciente son los principales responsables del pago de mi factura. Entiendo que este consentimiento será valido por un año de la fecha firmado.</p>

Iniciales Aquí:

SERVICIOS NO CUBIERTOS/LABORATORIO EXTERNO Y PROTOCOLO DE RAYOS X

Entiendo que FHCHC tiene contratos con planes de servicios médica (i.e. HMO, PPO) relacionados sólo con artículos y servicios los cuales están "cubiertos" por los planes de servicios de atención médica. En consecuencia, el abajo firmante acepta entera responsabilidad financiera para todos los artículos o servicios incluidos, pero están limitados a, servicios no especificados como cubiertos en los contratos de los pacientes con los planes de servicios de atención médica o en el resumen de beneficios los planes de servicios de atención médica suministra a el paciente; y tratamientos o exámenes no autorizados por los planes de servicios de atención médica. El abajo firmante acepta cooperar con FHCHC para obtener las autorizaciones necesarios de los planes de servicios de atención médica. Si tiene aseguranza privada usted es responsable de todas laboratoris y/o rayos X y facture sera su responsabilidad. Todos los cargos de laboratorios externos y/o rayos X seran y la factura serán su responsabilidad. Todos los cargos externos de laboratorio y rayos S se publicarán en su cuenta más adelante.

Iniciales Aquí:

NOTIFICACIÓN DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Por favor marque uno:

Quisiera una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad.

Rechazo una copia de Aviso de Practicas de Privacidad.

FIRMA

Firma del Paciente/Parte Responsable :

Fecha:

Relación con el Paciente:

Guardían (si es diferente):