

HOMETOWN HEALTH CENTERS – REGISTRACION DE PACIENTE

Cliente: _____
Dirección: _____ Indigente
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono #: _____ Cell #: _____ Trabajo #: _____ SS: _____ Sexo: M ___ F ___
¿Podemos dejar un mensaje? (caja de cheque para sí) H C W
Fecha de Nacimiento.: _____ de la e mail: _____ @ _____

(Para divulgar propósitos solamente)

Estado Civil: Solo Casado Divorciado Viudo Separado

Raza: Blanco Moreno Asiatico Isleño Pacífico Multiétnico Indio Nativo de Norte America

Otro Guyanesa

Etnicidad: Latino No Latino Niego a contestar

Primary Language: Ingles Español Otro: _____

Estado Militar: ¿Es usted un veterano? Sí No

CABEZA DE FAMILIA/ PERSONA RESPONSABLES DE ESTA CUENTA

(SI ES DIFERENTE DE ANTEDICHO)

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: () _____ SS: _____ Sexo: M ___ F ___ Fecha de nac: _____ Relación _____

DATOS DE LA CASA

Como Centro Federal cualificado de la salud, necesitamos la información siguiente para los informes estadísticos

Anual aproximada de la familia:\$ _____ Número de los miembros de la familia: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Telef: _____
Dirección: _____ Relación _____

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____ Tel #: _____
Dirección: _____

Lanzamiento De La Información/De La Asignación De Ventajas

Autorizo Hometown Health Centers, para lanzar cualquier información, incluyendo diagnosis y los expedientes de cualquier tratamiento o examinación rindió a mí (o a mi niño) durante el período de tal cuidado, a los pagadores de los terceros y/o a los médicos de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar, directamente a Hometown Health Centers, ventajas del seguro colectivo de otra manera pagaderas a mí. Entiendo que mi portador de seguro puede pagar menos que la cuenta real servicios. Acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios rendidos en mi favor o mis dependientes.

Yo por este medio, certifica que al mejor de mi conocimiento, toda la información antedicha está verdad y correcta. Entiendo que los funcionarios del programa pueden verificar la información sobre esta forma o utilizar la información para el análisis estadístico. También entiendo que esa información que proveo será mantenido confidencial.

El pago se espera en la época del servicio a menos que se hayan tomado otras medidas. Aceptamos efectivo, cheques, y tarjetas de crédito.

Firma del cliente /padre/ guardián

Fecha

Firma de la facultad de HHC

Fecha