

HOMETOWN HEALTH CENTERS – REGISTRO DEL PACIENTES

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____ sin hogar: si No

La ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Sexo: M ___ F ___ Fecha de nacimiento: _____

(Para información solamente)

Raza: blanco negro/afroamericano Asiático las islas del Pacífico multirracial nativos americanos otros

Origen étnico: hispanos o latinos no hispano o Latino se niegan a informe

Idioma: inglés Español otros: _____

JEFE DE HOGAR/PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA

Madre/tutor: _____ Nombré apellido de soltera: _____

Dirección: _____

La ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ relación: _____ estado civil: _____

Casa: () _____ teléfono celular: () _____ teléfono de trabajo: () _____

¿Podemos dejar un mensaje? (comprobar para sí) Teléfono de casa celular teléfono del trabajo texto

Correo electrónico: _____@_____

Empleador: _____

Nombre (padre/tutor): _____

Dirección: _____

La ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ relación: _____ estado civil: _____

Casa: () _____ teléfono celular: () _____ teléfono de trabajo: () _____

¿Podemos dejar un mensaje? (comprobar para sí) Teléfono de casa celular teléfono del trabajo texto

Correo electrónico: _____@_____

Empleador: _____

¿Quién tiene custodia? _____

¿Existe alguna restricción legal que restringiría al padre sin custodia de consentir al tratamiento médico para el niño o de la obtención de información sobre el tratamiento médico del niño? Sí necesidad de custodia documentos No

INFORMACIÓN HOGAR

Como un centro calificado federalmente salud, necesitamos la siguiente información para reportes estadísticos

Ingreso familiar anual aproximado: \$ _____ número de miembros de la familia: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

(Si los padres no se logra)

Nombre: _____ teléfono #: _____

Dirección: _____ relación de: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Seguro primario: _____ ID #: _____

Nombre del suscriptor del seguro: _____

Seguro secundario: _____ ID #: _____

Nombre del suscriptor del seguro: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____ número de teléfono: _____

Dirección: _____

LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

I autorizar los centros de salud ciudad natal para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen a mí (o mi hijo) durante el período de tal cuidado, terceros pagadores o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a los centros de salud ciudad natal, en caso contrario a pagar me las prestaciones del seguro de grupo. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que el actual proyecto de ley para los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Por la presente, certifico que a lo mejor de mi conocimiento toda la información arriba es verdadera y correcta. Entiendo que oficiales del programa pueden verificar la información en este formulario o utilizar la información para el análisis estadístico. También entiendo que fuente de información se mantendrá confidencial.

** El pago se espera en el momento del servicio a menos que otros arreglos se han hecho. Aceptamos efectivo, cheques y crédito cards.**

Firma del madre/tutor _____
fecha

Firma del padre/tutor _____
fecha

Firma de HHC personal _____
fecha