



Formulario de registro de pacientes

Presente este formulario con su tarjeta de seguro y una identificación con fotografía.

Complete todo el formulario. Para áreas que no aplican al paciente, ingrese "N/A".

Nombre del Paciente			Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	
Número de Seguro Social:				
Dirección Postal Calle y número de apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección Física Calle y número de apartamento ☐ La misma que la dirección postal	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
1er Teléfono: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ¿Está bien dejar mensaje? ☐ Sí ☐ No		2do Teléfono: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ¿Está bien dejar mensaje? ☐ Sí ☐ No		
Dirección de Correo Electrónico: ¿Está bien enviar mensaje por correo electrónico seguro? ☐ Sí ☐ No		Mensaje de texto (ingrese el número de teléfono): ¿Está bien enviar mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No		
Estado Civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a				
Nombre del Contacto de Emergencia		Relación	Número de Teléfono: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo	
¿Tiene seguro médico o dental? Por favor presente su tarjeta de seguro en la recepción. ☐ Medicare ☐ Medicare Advantage ☐ Medicaid ☐ No Seguro ☐ Otro _____				
Plan de seguro médico primario			Número de póliza	
Plan de seguro médico secundario			Número de póliza	
Plan de seguro dental			Número de póliza	
Nombre del Padre/Tutor (primer nombre, apellidos)			Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor (mm/dd/aaaa):	
Dirección del Padre/Tutor Calle y número de apartamento ☐ La misma que el paciente	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Nombre del Empleador del Padre/Tutor		Teléfono del Trabajo del Padre/Tutor		
¿Cómo se enteró de nosotros? ☐ Familia/Amigo ☐ Refugio ☐ Departamento de Salud ☐ Hospital ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Twitter/X ☐ Búsqueda en internet ☐ TV ☐ Radio ☐ Correo ☐ Otro _____				

Raza (marque todos los correspondientes) ☐ Negro/Afroamericano ☐ Blanco ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Guameño o Chamorro ☐ Samoano ☐ Indio Asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japones ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro Asiático ☐ Me Niego a Contestar	¿Se considera usted de origen hispano, latino o español? ☐ Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano ☐ Sí, puertorriqueño ☐ Sí, cubano ☐ Sí, otro hispano, latino, u origen español ☐ No ☐ Me niego a contestar	Identidad de Género ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre Transgénero /Transmasculino ☐ Mujer Transgénero/ Transmasculina ☐ Otro ☐ Me niego a contestar Sexo Asignado al Nacer ☐ Hombre ☐ Mujer	Orientación Sexual ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana u homosexual ☐ Bisexual ☐ Desconocido ☐ Me niego a contestar			
Idioma preferido ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Árabe ☐ Frances ☐ Otro: _____		¿Necesita servicios de intérprete? ☐ Sí ☐ No				
¿Vive usted en vivienda pública? ☐ Sí ☐ No		¿Es Usted un Veterano? ☐ Sí ☐ No				
Estado de Vivienda ☐ Tengo Vivienda ☐ Refugio (refugio organizado) ☐ Vivienda de transición (transición de no tener vivienda a una estadía prolongada pero temporal; NO incluye la transición de la cárcel, programas de tratamiento institucional, militares, escuelas u otras instituciones) ☐ Conviviendo (viviendo con otras personas; un arreglo generalmente considerado como temporal e inestable) ☐ Calle (viviendo al aire libre, campamento, vehículo, vivienda improvisada) ☐ Vivienda de Apoyo Permanente (transición de no tener vivienda a una vivienda de apoyo permanente sin límites de tiempo, generalmente en un entorno rico en servicios) ☐ Sí ☐ No Trabajador agrícola migrante – Individuo que está empleado en la agricultura y que establece un hogar temporal para dicho empleo. ☐ Sí ☐ No Trabajador Agrícola Estacional – Individuo que está empleado en agricultura por temporada y que NO establece un hogar temporal para dicho empleo.						
Encierre con un círculo el rango siguiente que indica el ingreso familiar anual estimado del paciente según la cantidad de personas que viven en el hogar del paciente. Advance Community Health debe informar esta información al gobierno federal y nos ayuda a comprender mejor las necesidades de las comunidades a las que servimos. No se revelará ninguna información de identificación al gobierno federal. Su anonimato está protegido.						
Ingreso Anual del Hogar						
1	\$0 - \$15,650	\$15,651 - \$19,562.50	\$19,562.51 - \$23,475	\$23,476 - \$27,387.50	\$27,387.51 - \$31,300	<i>Más que \$31,301</i>
2	\$0 - \$21,150	\$21,151 - \$26,437.50	\$26,437.51 - \$31,725	\$31,726 - \$37,012.50	\$37,012.51 - \$40,300	<i>Más que \$40,301</i>
3	\$0 - \$26,650	\$26,651 - \$33,312.50	\$33,312.51 - \$39,975	\$39,976 - \$46,637.50	\$46,637.51 - \$53,300	<i>Más que \$53,301</i>
4	\$0 - \$32,150	\$32,151 - \$40,187.50	\$40,187.51 - \$48,225	\$48,226 - \$56,262.50	\$56,262.51 - \$64,300	<i>Más que \$64,301</i>
5	\$0 - \$37,650	\$37,651 - \$47,062.50	\$47,062.51 - \$56,475	\$56,476 - \$65,887.50	\$65,887.51 - \$75,300	<i>Más que \$75,301</i>
6	\$0 - \$43,150	\$43,151 - \$53,937.50	\$53,937.51 - \$64,725	\$64,726 - \$75,512.50	\$75,512.51 - \$86,300	<i>Más que \$86,301</i>
¿Le gustaría obtener información sobre nuestro programa de descuento de tarifa variable? ☐ Sí ☐ No						

Divulgaciones y consentimiento de registro de pacientes

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Cesión de Beneficios del Seguro

Por la presente autorizo el pago directo de los beneficios de mi seguro a Advance Community Health por los servicios prestados a mis dependientes o a mí por el proveedor. Entiendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y si los servicios que voy a recibir son un beneficio cubierto o no. Entiendo y acepto que seré responsable de cualquier copago o saldo adeudado que Advance Community Health no pueda cobrar a la compañía de seguros por cualquier motivo.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Por la presente autorizo a las partes designadas a continuación a solicitar y recibir la divulgación de cualquier información de salud protegida con respecto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas. Entiendo que la identidad de las partes designadas debe verificarse antes de divulgar cualquier información. También entiendo que estas partes tendrán acceso a toda mi información de salud protegida, incluidos registros de abuso de sustancias, salud mental, ITS, SIDA y VIH. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización proveedora.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorización para enviar por Correo, Llamar, enviar un Correo Electrónico o enviar un Mensaje de Texto

Certifico que entiendo los riesgos de privacidad del correo, las llamadas telefónicas, los correos electrónicos y los mensajes de texto. Por la presente autorizo a Advance Community Health o a mi proveedor a enviarme por correo, llamarme, enviarme un correo electrónico o enviarme mensajes de texto con comunicaciones sobre mi atención médica, que incluyen, entre otros, recordatorios de citas, acuerdos de referencia y resultados de laboratorio. Entiendo que tengo derecho a rescindir esta autorización en cualquier momento notificando a Advance Community Health a tal efecto por escrito.

Autorización para divulgar información personal no pública

Certifico que he recibido y leído una copia de las Prácticas de Privacidad de Advance Community Health de la fecha que figura en la firma a continuación. Por la presente autorizo a Advance Community Health a divulgar información protegida médica o de salud privada mía o de mis dependientes, como se describe en las Prácticas de Privacidad, que pueda ser necesaria para la evaluación médica, el tratamiento, la consulta o el procesamiento de los beneficios del seguro. Entiendo que conservo los derechos que me otorgan las Prácticas de Privacidad de Advance Community Health. Por la presente doy mi consentimiento para las prácticas de privacidad de Advance Community Health.

Servicios de Laboratorio/Rayos X/Diagnóstico

Entiendo que puedo recibir una factura por separado si mi atención médica incluye servicios de laboratorio, radiografías u otros servicios de diagnóstico. Además, entiendo que soy financieramente responsable del copago o del saldo adeudado por estos servicios si mi seguro no los reembolsa por cualquier motivo.

Consentimiento para Tratamiento

Por la presente doy mi consentimiento para la evaluación, las pruebas y el tratamiento según las indicaciones de los proveedores de Advance Community Health.

Firma del paciente o padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Relación si se firma en nombre del paciente:_____Fecha:_____