

SOUTHWEST COMMUNITY HEALTH CENTER

&

CHANATE FAMILY PRACTICE ELSIE ALLEN ROSELAND CHILDREN'S

Forma de Registración

Información del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____, CA Zona Postal: _____

Teléfono (casa): _____ (cell) _____ (trabajo) _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino/Femenino Número de Seguro Social: ____-____-____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Pareja Otro

Tio trabajo: Profesional Ventas Laboral/Producción Otro _____
Si es Trabajador de Campo, es empleado: Permanente Migrante Temporal

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ teléfono: _____ Relación: _____

Información de la persona responsable (Si el paciente es menor de 18 años, la información de los padres/guardián)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Número de Seguro Social: ____-____-____

teléfono/Cell: _____ Sexo: Masculino / Femenino

Dirección: _____ Ciudad _____, CA Zona Postal: _____

Relación con el Paciente: Madre Padre Otro: _____

Fuente de Pago de Seguro Medico

Nombre de Seguro _____ Número de Identificación _____

Nombre del Suscriptor Asegurado _____

Relación _____

Fecha de Nacimiento _____

Pago Propio

Beneficios: General/Asistencia Publica Incapacidad Retiro Other: _____

Ingreso mensual (aproximadamente): \$ _____ Número de personas en su familia: _____

Yo doy permiso a la clinica para que revise los registros de la farmacia que son relacionados a la atencion medica que reciba.

_____ (iniciales)

Nombre de la farmacia: _____ Ubicación: _____

Seguro de medicamentos de Medicare: _____

Informacion adicional del paciente (por favor responda a todas las preguntas)

Al responder a las siguientes preguntas, nos dara informacion que necesitamos para adquirir fondos para ayudar a las personas sin seguro medico en nuestra comunidad. Esta informacion tambien nos ayuda a reconocer los cliets quienes podrian beneficiarse de los servicios o programmas financiados por fondos especiales. Southwest y Chanate Family Practice es una organizacion sin fines de lucro. Al proporcionar esta informacion nos ayudara a server a nuestra comunidad de la mayor manera possible. Esta informacion confidencial pasara a formar parte de su expediente medico.

¿Nos podemos comunicar por telefono? Si _____ No _____
Si no, ¿como nos podemos comunicar?

Raza: Africano-Americano Indio-Americano Asiatico Islas Pacificas Anglo
Mas de Uno Desconocido Otro: _____

Etnicidad: Hispano/Latino: Si _____ No _____

Idioma: ¿Cual es el idioma primario del paciente? _____ Requieren de traduccion? Si _____
No _____

Vivienda/ característica: Desde enero de este año, ha estado el paciente sin hogar? Si _____ No _____
En caso afirmativo, Hogar de vivienda _____ Con conocidos _____ En la calle _____

Estado de Veterano: Si _____ No _____

La informacion que entrego es correcta y adecuada. Yo pido a Southwest Community Health Center para proveerme a mi y/o a mi familia con cuidado medico. Estoy consciente de mi responsabilidad por cualquier servicio entregado por este proveedor, que es considerado un servicio NO-CUBIERTO por mi compania de aseguranza. Tambien estoy obligado a entender las normas y/o restricciones de mi aseguranza. Yo autoirzo la exoneracion de cualquier informacion medica u otra necesaria para procesar reclamos medicos. Yo autorizo el pago de beneficios de gobierno a este proveedor por el cuidado que entregan. Yo autorizo el pago de beneficios medicos de mi aseguranza a este proveedor.

Firma(guardian legal si el paciente es un menor) _____

Fecha: _____