



Patient Name	
Patient #	DOB

## REGISTRO DEMOGRÁFICO Y EL PACIENTE

Apellido:		Años:		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Nombre:		Inicial del segundo		Tamaño de la familia:	
Fecha:		Seguridad Social # :			
Dirección:			Provincia:		
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Empleador(s):					

**Podemos enviar correo a la dirección arriba?**  Sí  Sí, con la dirección del remitente anónimo  NO, \* si marca no, está solicitando no recibir correo por razones confidenciales y debe proporcionarnos una dirección alternativa a continuación donde podremos contactarlo: **Mahube-Otwa debe poder comunicarse con usted por correo.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal de \_\_\_\_\_

No olvide decirle a esta persona que han dado su dirección a de Mahube-Otwa Family Health y enviaremos correo allí para usted.

**Números de teléfono de paciente** Por favor proporcione un número de teléfono donde podamos contactarlo. Si necesitamos comunicarnos con usted, utilizaremos este número (s).

Casa:		Está bien llamar a este número y dejar un mensaje para usted: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Celular:		Está bien llamar a este número y dejar un mensaje para usted: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Está bien Describir Número: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (ok to text)
Podemos enviarle correos electrónicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico:

**Nombre del contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **teléfono:** \_\_\_\_\_

Recuerde que debe decirle a esta persona que ha dado su nombre / número de Mahube-Otwa Family Health. Nos pondremos en contacto con esta persona en el caso de una emergencia o si usted, como paciente, son inalcanzables por el método de contacto preferido.

**Información financiera** Si desea ver si usted califica para un descuento, por favor llene lo siguiente. Los honorarios se basan en el ingreso y tamaño de la familia. Usted es responsable de los cargos por los servicios que recibe.

- Yo prefiero no declarar mis ingresos, y estoy de acuerdo en pagar el precio completo de los servicios que recibo  
 Tengo cero ingresos - ¿Cómo apoya sus gastos de vida? \_\_\_\_\_

**FUENTES DE INGRESOS: (incluya los salarios antes de impuestos, incluyendo propinas):**

Sus ingresos procedentes del empleo	\$	
Si usted es menor de 18 años, ingresos de sus padres/ guardián	\$	
Ingresos de cónyuge/pareja	\$	

**HORAS POR SEMANA** \_\_\_\_\_  
**SALARIO POR HORA** \$ \_\_\_\_\_

**OTROS INGRESOS: Si usted recibe cualquiera de lo siguiente, incluya el monto:**

Asistencia parental/subsidios	\$	
Asistencia pública-marque: TANF SSI Seguro Social Asist. General	\$	
Desempleo	\$	
Pensión alimenticia/Pensión conyugal	\$	
Marque – Distribución Veterano/Militar o Pensión	\$	
Otro: _____	\$	

**¿CUÁNTAS PERSONAS, INCLUIDO USTED HACE ESTO APOYO A LOS INGRESOS?**  
 \_\_\_\_\_

Patient Name	
Patient #	DOB

**Lo siguiente se utiliza para fines estadísticos:**

Estado civil: (marital status)	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
¿Con cuál raza se identifica? (marque una o más) (race)	<input type="checkbox"/> Blanco (White) <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Raza múltiple <input type="checkbox"/> Negro/africano americano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro
¿Es de origen hispano, Latino o español?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nivel de Educación:	<input type="checkbox"/> Estudiante actual? <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12/No Licenciado <input type="checkbox"/> de secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ Algunos Post-Secundaria <input type="checkbox"/> 2 o 4 años graduado de la universidad
Describa su tipo de familia:	<input type="checkbox"/> Una persona <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> 2 Padres de familia <input type="checkbox"/> 2 Adultos sin hijos <input type="checkbox"/> Otro
Tiene hijos? (#of children)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Número de hijos que tiene usted:
Está Discapacitado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Describir:
Cuál es su tipo de vivienda:	<input type="checkbox"/> Propio (own) <input type="checkbox"/> Alquiler (rent) <input type="checkbox"/> Personas sin hogar (homeless) <input type="checkbox"/> Otro
¿Mi seguro de salud es? (Health Insur.) (marque sólo una cobertura primaria)	<input type="checkbox"/> Seguro de salud pública (public) <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado (private) <input type="checkbox"/> Sin seguro (non) <input type="checkbox"/> Desconocido (unknown)
Si tiene menos de 18 años, ¿sus padres / guardian son conscientes de su visita hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Mahube-Otwa Family Health provee servicios sin importar la raza, color, religión, origen nacional, condición de discapacidad, edad, sexo, número de embarazos, o estado civil.

<b>¿Cómo se enteró de nosotros?</b>	<input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Página web (website) <input type="checkbox"/> Utilizada antes (used before) <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> personal de salud pública (public Health Staff) <input type="checkbox"/> de radio <input type="checkbox"/> Teatro (theater) <input type="checkbox"/> periódico (newspaper) <input type="checkbox"/> personal de la escuela (school Staff) <input type="checkbox"/> clínica médica <input type="checkbox"/> Poster/Display <input type="checkbox"/> Búsqueda en la web (web Search)
-------------------------------------	---

**INFORMACIÓN SOBRE SEGURO**

- QUIERO usar mi seguro. (Si marcó esta casilla, por favor llene la información del seguro a continuación y presente todas las tarjetas de seguro al Recepcionista.)
- NO quiero usar mi seguro por razones de confidencialidad y de acuerdo a la responsabilidad de los cargos aplicables en función de la escala de ingresos. (Ir al Acuerdo del paciente. No complete la información del seguro más adelante..)
- Yo NO tengo ningún tipo de seguro. (Consulte el siguiente Acuerdo de Paciente.) No rellene la información del seguro a continuación..

Estaríamos encantados de hacer el cobro a su seguro por usted.   **¿Tiene seguro secundario**  Sí  No

Primaria – una tarjeta para fotocopidora	Secundario: una tarjeta para fotocopidora
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Usted mismo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Usted mismo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

**Acuerdo del paciente:** Al firmar este formulario y cuando use seguro, está indicando que está de ACUERDO con lo siguiente:

- Entiendo que soy responsable de cargos por todos los servicios, incluyendo los no cubiertos por mi seguro o en subsidio.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra naturaleza necesaria para procesar un reclamo.
- Autorizo la divulgación a otra entidad/proveedor médico, de los registros médicos necesarios para la atención médica continua.
- Autorizo el pago de beneficios médicos a Mahube-Otwa Family Health.
- Entiendo que los servicios prestados a mi persona pueden aparecer en una declaración de beneficios para el titular de la póliza (es decir, los padres/cónyuge).

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_

<b>ESTA CAJA PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE (THIS BOX FOR STAFF USE ONLY) - TOTAL WEEKLY INCOME: \$</b> _____
Minors Only: <input type="checkbox"/> Parent/Guardian unaware of visit. <input type="checkbox"/> Parent/Guardian is aware of visit

STAFF USE ONLY:   Code: \_\_\_\_\_   Insur. Type: \_\_\_\_\_   Apply MFPP:    yes / no  
LEP: YES   NO   Staff Initials: \_\_\_\_\_   Date: \_\_\_\_\_