

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 de nacimiento:			Seguridad Social # :		
Dirección:			Provincia:		
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Empleador(s):					
¿En qué raza te identificas (marca todo lo que corresponda)?					
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Am. Indio/native de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nat. Hawaiano/Islands del Pacifico <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Otro					

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 para Text?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está bien llamar y dejar un mensaje?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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):

Ingresos semanales		HORAS POR SEMANA
Sus ingresos procedentes del empleo	\$ _____	_____
Tiene 21 años o más y es dependiente del padre, el ingreso de sus padres / tutor	\$ _____	
Ingresos de cónyuge/pareja	\$ _____	SALARIO POR HORA
		\$ _____
CIRCLE OTROS INGRESOS: Si recibe alguno de los siguientes, indique el monto:		
Asistencia parental/subsidios	\$ _____	¿CUÁNTAS PERSONAS, INCLUIDO USTED HACE ESTO APOYO A LOS INGRESOS? _____
TANF / SSI / SSDI / Asistencia general / EITC (crédito tributario por ingreso ganado)	\$ _____	
Retiro de la Seguridad Social / Pensión / Seguro Privado de Incapacidad	\$ _____	
Manutención de los hijos / Pensión alimenticia / compensación laboral/ Desempleo	\$ _____	
Compensación por discapacidad del VA/Pensión de invalidez no relacionada con el servicio VA	\$ _____	
Otro: Describir _____	\$ _____	

CIRCLE BENEFICIOS SIN EFECTIVO : SNAP / WIC / LIHEAP / Cupones de guardería /

Vale de elección de vivienda / Subsidio de la Ley de Atención Asequible / Vivienda pública /

Vivienda de apoyo permanente / HUD-VASH / Otro: _____

Patient Name		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none; padding: 2px;">Patient #</td> <td style="border: none; padding: 2px; text-align: right;">DOB</td> </tr> </table>	Patient #	DOB
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"/> socio doméstico
¿Es de origen hispano, Latino o español?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nivel de Educación:	Estudiante actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / <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 <input type="checkbox"/> Graduado de otra escuela postsecundaria
Describa su tipo de familia:	<input type="checkbox"/> Una persona <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Casa multigeneracional <input type="checkbox"/> 2 Padres de familia <input type="checkbox"/> 2 Adultos sin hijos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Adultos no relacionados con niños
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 vivienda permanente <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:
Mi seguro de salud es (Marque solo una cobertura primaria):	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para niños <input type="checkbox"/> Seguro de salud estatal para adultos <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> empleo basado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> IHS
Situación Militar:	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Militar Activo
Estado de Empleo:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleados (no en la fuerza de trabajo) <input type="checkbox"/> Desempleados (a corto plazo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleados (a largo plazo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola temporario migratorio

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.

Si tienes entre **14 y 24 años**, ¿estás: en el colegio trabajando ambos ninguno

Si tiene **menos de 18 años**, ¿sus padres / tutores están al tanto de su visita de hoy? Sí No

¿Cómo se enteró de nosotros?	<input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Sitio Web (website) <input type="checkbox"/> Utilizado antes (used before) <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Personal de Salud Pública (pub.hlth.staff) <input type="checkbox"/> Teatro (theater) <input type="checkbox"/> Periódico (newspaper) <input type="checkbox"/> Clínica Médica (clinic) <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Personal de la escuela (school staff) <input type="checkbox"/> Búsqueda en la Web (web search) <input type="checkbox"/> Póster/Exhibidor <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento (treatment center) <input type="checkbox"/> Otro – especificar _____
-------------------------------------	--

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

<i>Primaria – una tarjeta para fotocopiadora</i>	<i>Secundario: una tarjeta para fotocopiadora</i>
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:** _____

Su salud es importante para nosotros. Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a la clínica o al 877-275-6123.

ESTA CAJA PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE (THIS BOX FOR STAFF USE ONLY) - TOTAL WEEKLY INCOME: \$ _____
--

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