



Lower Lights

Christian Health Center

Formulario De Registro Del Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(PATIENT INFORMATION)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
(Last Name) (First Name) (Middle Initial)

Dirección: _____
(Address)

Fecha de nacimiento: _____ N° seguro social: _____
(DOB) (SSN)

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Condado: _____
(City, State, Zip Code) (County)

Teléfono de casa: _____ Estado civil: Soltero /Casado /Otro Sexo: _____
(Home Phone Number) (Marital Status) (Single) / (Married) / (Other) (Sex)

Teléfono del trabajo: _____ Situación laboral: Empleado Estudiante MT Estudiante TC
(Work Phone Number) (Employment Status) (Employed) (PT Student) (FT Student)

Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____ Veterano: Sí / No
(Name of Employer) (Occupation) (Veteran) (Y) (N)

Correo electrónico _____
(Email Address)

PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR/ FIADOR (SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR)

(RESPONSIBILITY / GUARANTOR (IF DIFFERENT FROM PATIENT))

Nombre del fiador: _____
(Guarantor Name)

Dirección: _____ Fecha de nacimiento _____ N° seguro social _____
(Address) (DOB) (SSN)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Sexo: F M
(City) (State) (Zip Code) (Sex)

Teléfono de casa: _____ Estado civil: Soltero Casado Otro
(Home Phone Number) (Marital Status) (Single) (Married) (Other)

Teléfono del trabajo: _____ Situación laboral: Empleado Estudiante MT Estudiante TC
(Home Phone Number) (Employment Status) (Employed) (PT Student) (FT Student)

Nombre del empleador: _____
(Name of Employer)

Parentesco con el paciente: Sí mismo Esposo/a Hijo (a) Padre/Madre sustituto/a Padre/Madre Abuelo/a Otro
(Relationship to Patient) (Self) (Spouse) (Child) (Foster-Parent) (Parent) (Grandparent) (Other)

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA/PARIENTE

(EMERGENCY CONTACT/RELATIVE)

Apellido (s): _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
(Last Name) (First Name) (Middle Initial)

Dirección: _____ Número de teléfono: _____
(Address) (Phone Number)

¿Podemos dejar mensajes en su casa con la persona que conteste? Sí No
(May we leave messages at your home with other residents?) (Y) (N)

Nombre del paciente _____

¿Podemos dejar mensajes en el buzón de voz o contestador de su teléfono? **Sí** **No**
(May we leave messages on your voice mail or answering machine?) (Y) (N)

Firma del paciente: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

(INSURANCE INFORMATION)

SEGURO-MÉDICO

(INSURANCE - MEDICAL)

Nombre del titular de póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____ N° seguro social: _____
(Policy Holder's DOB) (Social Security Number)

Nombre del seguro primario: _____ Número de identificación: _____ N° grupo: _____
(Name of Primary Insurance) (Insured ID #) (Group #)

Nombre del seguro secundario: _____ Número de identificación: _____ N° grupo: _____
(Name of Secondary Insurance) (Insured ID #) (Group #)

Accidente: **Sí** **No** Tipo: **Coche** **Casa** **Deporte** **Trabajo** **Otro** Fecha del accidente: _____
(Accident:) (Y) (N) (Type) (Car) (Home) (Sports) (Work) (Other) (Date of Accident)

SEGURO-DENTAL

(INSURANCE - DENTAL)

Nombre del titular de póliza : _____
(Policy Holder's Name)

Fecha de nacimiento del titular: _____ N° de seguro social _____
(Policy Holder's DOB) (SSN)

Nombre del seguro primario: _____ Número de identificación: _____ N° grupo: _____
(Name of Primary Insurance) (Insured ID #) (Group #)

Nombre del seguro secundario: _____ Número de identificación: _____ N° grupo: _____
(Name of Secondary Insurance) (Insured ID #) (Group #)

Accidente: **Sí** **No** Tipo: **Coche** **Casa** **Deporte** **Trabajo** **Otro** Fecha del accidente: _____
(Accident:) (Y) (N) (Type) (Car) (Home) (Sports) (Work) (Other) (Date of Accident)

SEGURO-DE LA VISTA

(INSURANCE - VISION)

Nombre del titular de póliza: _____
(Policy Holder's Name)

Fecha de nacimiento del titular: _____ N° de seguro social _____
(Policy Holder's DOB) (SSN)

Nombre del seguro primario: _____ Número de identificación: _____ N° grupo: _____
(Name of Primary Insurance)

Nombre del seguro secundario: _____ Número de identificación: _____ N° grupo: _____
(Name of Secondary Insurance)

Accidente: **Sí** **No** Tipo: **Coche** **Casa** **Deporte** **Trabajo** **Otro** Fecha del accidente: _____
(Accident:) (Y) (N) (Type) (Car) (Home) (Sports) (Work) (Other) (Date of Accident)

Nombre del paciente _____

DEBIDO A QUE SOMOS UN CENTRO DE SALUD FEDERALMENTE CALIFICADO (FQHC, por sus siglas en ingles), ES MANDATORIO QUE REGISTREMOS Y REPORTEMOS LA INFORMACIÓN O LOS DATOS DEMOGRÁFICOS DE NUESTROS PACIENTES, TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS DÉ SERÁ CONFIDENCIAL, LE AGRADECEMOS QUE LLENE ESTE PAGINA EN SU TOTALIDAD. ¡GRACIAS!

(BECAUSE WE ARE A FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTER, WE ARE REQUIRED TO TRACK AND REPORT DATA REGARDING OUR PATIENT BASE. ALL INFORMATION WILL BE KEPT CONFIDENTIAL SO WE WOULD APPRECIATE YOU COMPLETING THIS PAGE IN ITS ENTIRETY)

La orientación sexual: Lesbiana u homosexual, heterosexual, bisexual, algo más, no sé, elijo no revelar

Identidad de género: Hombres, mujeres, transgénero - macho/hembra a macho, transgénero - hembra/macho a hembra, otra, elijo no revelar

Idioma de su preferencia: _____

(Preferred Language:)

Raza: Afro-Americano Blanco Nativo hawaiano Asiático Nativo americano
(Race) (Black / African-American) (White) (Native Hawaiian) (Asian) (Native-American)

De Oceanía o de la Polinesia Indígena de la América anglosajona Más de una raza
(Other Pacific Islander) (American Indian/Alaska Native) (More than one race)

Etnia (elije a uno): Hispano o latino Otras
(Ethnicity) (Hispanic or Latino) (All other)

¿Carece usted de vivienda propia o domicilio estable? Sí No
(Homeless?) (Y) (N)

¿Está usted sin hogar, ¿dónde está hospedado? _____
(If homeless, where are you staying?)

En casa de alguien En un refugio En la calle En diferentes lugares Se desconoce
(Doubling up) (Shelter) (Streets) (Transitional) (Unkown)

¿Es usted trabajador/a migrante [viaja de un lado a otro en busca de trabajo]? Sí No
(Migrant Worker) (Y) (N)

¿Es usted trabajador(a) temporero? Sí No
(Y) (N)

Educación (completada):
(Education (completed))

Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Bachillerato/Licenciatura Maestría/Doctorado
(Elementary) (MS) (HS) (College) (College Grad) (Post-Grad)

Preferencia religiosa: _____
(Religious Preference)

¿Es usted veterano de las fuerzas armadas estadounidenses? Sí No
(Are you an Armed Services Veteran?) (Y) (N)

Nombre del paciente _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS (DEBE SER COMPLETADA POR TODOS LOS PACIENTES, INDEPENDIEMENTE DE QUE TENGAN O NO INGRESOS O SEGURO MÉDICO).

(INCOME INFORMATION (MUST BE COMPLETED BY ALL PATIENTS REGARDLESS OF INCOME OR INSURANCE).)

Salario antes de impuestos:

(Income before taxes)

\$_____ por: Hora Semanal Quincenal Mensual Anual
(Per hour) (Weekly) (Bi-weekly) (Monthly) (Yearly)

Tipo de ingreso: Trabajo Jubilación Discapacidad Medicaid/ADC Ingreso suplementario Ninguno Fecha:
(Type of income) (Job) Retirement (Disability) (Medicaid/ADC) (SSI) (None) (Exp. Date)

Número de personas en el hogar: _____
(Family Size (# in Household))

Edades de los dependientes _____
(Ages of Dependents)

¿CÓMO SE ENTERÓ USTED DE LOWER LIGHTS CHRISTIAN HEALTH CENTER?

(HOW DID YOU HEAR ABOUT LOWER LIGHTS CHRISTIAN HEALTH CENTER?)

ATENCIÓN Pacientes de escala de pago reducido:

(ATTENTION Sliding Scale Fee Patients)

Para todos pacientes sin, hay un copago mínimo de \$10.00 por cada visita, independiente de la escala de pago que se les haya asignado.

(For all uninsured patients, there is minimum \$10.00 co-pay for each visit regardless of sliding fee scale status.)

Fallo de no presentar los documentos dentro de un periodo de sesenta (60) días después de su primera visita, resultara en denegación de escala de pago reducido tendrán que pagar el monto total de la visita y los servicios médicos que reciban. Tales documentos se evalúan anualmente. Se espera que usted presente su situación financiera una vez al año para determinar elegibilidad para el escala de pago reducido, de acuerdo con los reglamentos federales.

(Failure to submit all requested documents within 60 days of initial visit will result in a denial of the sliding fee scale discount and you will be responsible for the entire cost of each visit and service. This documentation is evaluated on a yearly basis. Each year you will be expected to submit your financial status for sliding fee scale eligibility per federal regulation.)

FIRMA: _____ FECHA: _____
(Signature) (Date)