

Sección I: Información Del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial Del Medio Nombre: _____
Del Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Sexo Al Nacer: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono De Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Alternativo: _____
Correo Electrónico: _____ Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Por favor selecciona una respuesta para cada pregunta y proporciona información adicional cuando sea requerido:

¿Necesita un intérprete? Sí No Idioma: _____
¿Eres estudiante? Sí No ¿Estado Estudiantil? Tiempo Completo Medio Tiempo
¿Eres veterano de guerra? Sí No
¿Eres trabajador migrante de agricultura? Sí No Temporal
¿Eres Hispano, Latino o Chicano? Sí No Prefiero no revelar
¿Necesita transporte? Sí No

Por favor indique cuál de los siguientes mejor describe su identidad de género:

Masculino Transgénero Hombre/ Transgénero Mujer/ Otro
 Hembra Mujer a Hombre Mujer a Hombre Prefiero no revelar

Por favor indique cuál de los siguientes mejor describe su orientación sexual:

Heterosexual Lesbiana, gay, o No lo se
 Bisexual homosexual Otra cosa

Por favor indique cuál de los siguientes mejor describes su vivienda actual. Por favor elije solo uno:

Casa/Alquilando Refugio sin hogar Hogar Tradicional No sé, prefiero no revelar
 Viviendo en la calle Casa Publica Familia o Amistad Otro – Por favor especifique:

Por favor indique cuál de los siguientes mejor describes su raza. Por favor elije solo uno:

Blanco Asiático Nativo Hawaiano Isleño Pacifico
 Afroamericano Indio Americano o Mas de una raza No sé, no está en la lista, o
Nativo De Alaska prefiero no revelar

Contacto De Emergencias / Divulgación De Información

Nombre: _____ Relación Al Paciente: _____
Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____
¿Este contacto este aprobado para recibir su información de atención de salud? Sí No
¿Desea que otras personas reciban su información de atención médica?
Nombre: _____ Relación Al Paciente: _____ Número De Teléfono Del Contacto: _____
Nombre: _____ Relación Al Paciente: _____ Número De Teléfono Del Contacto: _____

Autorizo a Heartland Health Center a divulgar mi información de atención de salud, y discutir mis necesidades de atención de salud con las personas que yo designo en la porción anterior. Autorizo la divulgación de información de facturación y doy a estos individuos la capacidad de recoger mis recetas y medicamentos por mí. Estos individuos serán considerados mis contactos de emergencia. Sin autorización, no se puede compartir ninguna información.

Sección II: Tamaño Del Hogar y Los Ingresos

Número de individuos en el hogar: _____ Ingresos anual del hogar en total: \$ _____ No deseo repórtar el tamaño del hogar y/o los ingresos. En caso de que sea elegible por tarifas de descuentos, no deseo solicitar tarifas de descuento.

Sección III: Persona Responsable

Complete esta sección si el paciente es menor de 19 años o si el paciente no es responsable por la facturación.

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial Del Medio Nombre: _____
 Relación al Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Alternativo: _____
 Correo Electrónico: _____ Idioma Primario: _____
 Empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sección IV: Información De Referido

¿Con se enteró de la clínica?

- Medico Escuela Hospital Empleador
 Trabajo Televisión Radio WIC
 Amistad Medios Sociales Sito Web Central Dist. Health Dept.
 Third City Comm. Clinic Otro: _____

Sección V: Consentimiento De Tratamiento

Mi firma abajo indica conformidad con HIPAA, estoy consciente de la Póliza De Privacidad de Heartland Health Center, Derechos Y Responsabilidades Del Paciente, y Pólizas Financieras estarán disponibles a mi petición.

Mi firma indica que designo los pagos de mis compañías de seguros a pagar directamente a Heartland health Center. Entiendo que cualquier facturación a mi seguro secundario es mi responsabilidad. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sin importar si mi seguro paga o no. Entiendo que mi información de mi atención de salud puede ser compartido con las compañías de seguro mencionadas y sus agentes con el propósito de obtener pago por los servicios y para determinar los beneficios del seguro.

Solicito voluntariamente y doy mi consentimiento y autorizo a mi proveedor de atención médica, sus asociados, asistentes, terapeuta de salud mental y otros profesionales bajo su orden a atenderme a mí mismo, a mi hijo(a) menor de edad o a mi pupilo(a) en la clínica Heartland Health Center. Además, autorizo a mis proveedores a brindar tratamiento médico y quirúrgico o pruebas de VIH, incluyendo, pero no limitado a, procedimientos diagnósticos, radiografías, y administración de medicamentos, como se considera necesario y aconsejable dentro de los límites de los servicios proporcionados por la clínica.

Nombre Del Paciente: _____ Firma De La Persona Responsable: _____ Fecha: _____

For office use only:

Initials: _____ Date: _____

Verified Total Income _____

Proof of Income Provided: Yes No

Copay Code: 35.00 40.00 45.00 50.00 55.00 Full Fee

Insurance Medicaid Medicare EWM

WeeklyX52 Bi-WeeklyX26 MonthlyX12 AnnuallyX1