

Formulario de Registro

Nombre del Paciente Primer Nombre Inicial Apellido			Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección Calle <input type="checkbox"/> No tengo hogar		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Seguro Social
Número de Teléfono Primario <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Deje un mensaje de voz si no contesto			Número de Teléfono Alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Deje un mensaje de voz si no contesto		
Método de Contacto Preferido					
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa		<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo	<input type="checkbox"/> Carta	
Estado Civil <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"/> Compañero (a) de vida		Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Desempleado (a) <input type="checkbox"/> Retirado (a) <input type="checkbox"/> Niño (a) Nombre del Empleador _____	
La información siguiente nos ayudara a entender mejor las necesidades de las comunidades a las que servimos. No compartiremos su información.					
Raza (Seleccione todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> De las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Me niego a identificar mi raza		Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Me niego a responder Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero De femenino a masculino <input type="checkbox"/> Transgénero De masculino a femenino <input type="checkbox"/> Género no-conforme <input type="checkbox"/> Otro		¿Vive usted en vivienda pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es usted un trabajador de la agricultura, un trabajador migrante, o un granjero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuantos miembros hay en la familia: _____	
Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Me niego a identificar mi etnicidad		Ingresos del hogar: (Por favor complete uno) Anual _____ Mensual _____ Semanal _____			
¿Cómo se enteró acerca de nosotros? <input type="checkbox"/> Compañía de seguro <input type="checkbox"/> Otro Doctor <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Hospital _____ <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Otro Paciente <input type="checkbox"/> Agencia del condado/gobierno _____					

PORTAL DEL PACIENTE

Ahora puede manejar de una forma segura y confidencial algunas de sus necesidades de salud en el Portal del Paciente MyHealth. Provea su dirección de correo electrónico aquí y recibirá un correo nuestro para registrarse.

Correo electrónico del paciente: _____

INFORMACION DEL SEGURO

¿Es el paciente el garante (el responsable) de las cuentas asociadas con los servicios recibidos? Si No
Si respondió si y el paciente tiene cobertura de seguro médico al cual le podemos cobrar por servicios proveídos, muestre la tarjeta de seguro al personal y por favor llene lo siguiente:

Información del Seguro Medico

Seguro Medico Primario:	Nombre del Subscriber	Seguro Social del Subscriber	Fecha de Nacimiento	Numero de Póliza	Numero de Grupo
Seguro Medico Secundario:	Nombre del Subscriber	Seguro Social del Subscriber	Fecha de Nacimiento	Numero de Póliza	Numero de Grupo

Relación del paciente con el subscriber: Seguro propio Esposa(o) Hijo(a)
 Hijastro(a) Otro parentesco

Información del Seguro Dental

Nombre del Subscriber	Seguro Social del Subscriber	Fecha de Nacimiento	Numero de Póliza	Numero de Grupo
-----------------------	------------------------------	---------------------	------------------	-----------------

Relación del paciente con el subscriber: Seguro propio Esposa(o) Hijo(a)
 Hijastro(a) Otro parentesco

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto	Relación	Numero de Teléfono del Contacto
---------------------	----------	---------------------------------

INFORMACION DEL GARANTE

Nombre del Garante	Primer Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento del Garante	
Dirección del Garante	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
<input type="checkbox"/> La misma dirección del paciente					
Número de Seguro Social del Garante	Relación/Parentesco		Numero de Teléfono del Garante		

Yo doy autorización a Greater Baden Medical Services, Inc. a cobrarle a mi compañía de seguro por servicios cubiertos y a compartir información necesaria para asegurar pagos por servicios. También entiendo que soy responsable por cualquier deducible, co-pagos, y si no estoy cubierto soy responsable por los cargos.

Yo entiendo que los servicios de planificación familiar son voluntarios y no son un requerimiento para recibir otros servicios de GBMS.

A mi mejor entender, la información de arriba es correcta. Yo entiendo que si alguna de la información de arriba cambia, tengo que notificar al Centro lo más pronto posible.

Yo entiendo que al firmar este formulario estoy dando permiso para dar tratamiento al paciente.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha