

GREATER BADEN MEDICAL SERVICES, INC.

Formulario de Registro

Información del Paciente:

Fecha de hoy _____

Primer nombre del paciente _____

Inicial _____

Apellido _____

Sufijo (ej: Sr. Jr. II) _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección del Paciente

Calle _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Celular Hogar Trabajo Ninguno

Numero de teléfono primario del paciente _____

Celular Hogar Trabajo Ninguno

Numero de teléfono alternativo _____

Estaría bien llamar al teléfono Si No Está bien dejar mensaje(s) Si No
Primario?

Estaría bien llamar al número Si No Está bien dejar mensaje(s) Si No

Sexo: Masculino Femenino **Número del Seguro Social del paciente** _____

<p>Ingreso anual de la residencia actual</p> <p><input type="checkbox"/> < \$10,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$10,000 a \$14,999</p> <p><input type="checkbox"/> \$15,000 a \$19,999</p> <p><input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$30,000 a \$49,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$50,000 a \$79,000</p> <p><input type="checkbox"/> > \$80,000</p> <p><input type="checkbox"/> Escojo a no revelar</p>	<p>Estado de empleo</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado</p> <p><input type="checkbox"/> Retirado</p> <p><input type="checkbox"/> Niño(a)</p> <p>Nombre del empleador:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Grupo(s) de raza</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena Nativo Americano/ Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano</p> <p><input type="checkbox"/> De Las Islas Pacificas</p> <p><input type="checkbox"/> Africano Americano</p> <p><input type="checkbox"/> Anglosajón</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Multirracial</p> <p><input type="checkbox"/> Declino a identificar mi raza</p>	<p>Etnicidad</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano/Latino</p> <p><input type="checkbox"/> No-Latino</p> <p>Lenguaje</p> <p><input type="checkbox"/> Ingles</p> <p><input type="checkbox"/> Español</p> <p>Otro: _____</p>
<p>Usted Como se identifica como a sí mismo:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, o homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo a no revelar</p>	<p>Cuál es su Identidad de género?</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Transgenero</p> <p>Masculino-a-Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Transgenero</p> <p>Femenino-a-Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Genero de queer, ni exclusivamente masculino o femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Escojo a no revelar</p>	<p>Estado Civil</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Casado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Viudo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Separado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Sin conocer o otro</p> <p>Tamaño familiar</p> <p>_____</p> <p>Estado de veterano</p> <p><input type="checkbox"/> Veterano</p> <p><input type="checkbox"/> No Veterano</p>	<p>Usted vive en hogar público?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Usted es un trabajador migrante, agricultura, o granjero?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

Como ha escuchado sobre nosotros? Compañía de seguro Otro Doctor Feria de salud
 Otro paciente Amigo (a) Sitio web Charles Regional Medical Center
 Área de gente embebeciendo con más de 60 años de edad

Greater Baden Portal del Paciente: Ahora usted puede seguramente y confidencialmente manejar algunos de sus necesidades de cuidado de salud en el portal *My Health*. Por favor provea con su dirección de correo electrónico aquí abajo, y busque por un correo electrónico de nuestra parte para registrarse.

Dirección de correo electrónico del paciente: _____

Método preferido de contacto Correo Celular # de hogar # de trabajo Correo electrónico Ninguno

Información del Seguro:

Es el paciente el garante del seguro (el/la responsable) por las cuentas asociadas con los servicios recibidos
 Si No

Si es si, y el/la paciente está cubierto, el seguro que debería ser cobrado por los servicios proveídos

Por favor de presente la tarjeta al personal y llenar lo siguiente.

Nombre del suscrito Él/Ella mismo Esposo(a) Niño(a) Otro
Marcar con un círculo la relación con el paciente

Fecha de naciendo del suscrito Fecha de nacimiento del suscrito

Si no, por favor llenar lo siguiente:

Información del garante:

Primer nombre del garante Inicial Apellido Sufijo (ej: Sr, Jr, II)

Calle

Ciudad Estado Código postal

Fecha de naciendo del garante

Numero primario del garante Celular Hogar Trabajo Ninguno

Numero alternativa del garante Celular Hogar Trabajo Ninguno

Contacto de emergencia: En caso de una emergencia, por favor proveer la siguiente información:

Nombre de contacto Número de teléfono Celular Hogar Otro: _____

Yo doy autorización a Greater Baden Medical Services, Inc. a cobrar a mi compañía de seguro por los servicios cubiertos, y de obtener información necesaria para asegurar los pagos por esos servicios.

Yo también entiendo que soy responsable por cualquier deducible, co-pagos, y si no están cubiertos yo soy responsable por los cargos que sean incurridos

Yo entiendo que los servicios de planificación familiar son voluntarios, y ellos no son un requerimiento de los servicios de GBMS.

A lo mejor de mi conocimiento; la información arriba es correcta. Yo entiendo que si alguna de la información cambiara. Notificare al centro lo más antes posible.

Yo entiendo que al firmar este formulario: yo estoy dando consentimiento de tratamiento para el paciente.

Firma del paciente o responsable

Fecha