

UNITED COMMUNITY HEALTH CENTER

FORMA DE REGISTRACION DEL PACIENTE---Favor de llenar ambos lados de esta forma

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

SS #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Domicilio: _____ Apto. # _____ PO Box _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Alternativo: _____

Persona a llamar en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación al paciente: _____ Necesita interprete para las consultas? Si No
Idioma: _____

La Persona Responsable para la Cuenta:

Nombre: _____

Relación del paciente a la persona responsable: Hijo(a) Esposo(a) Mismo(a)

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Sexo: M F Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Información de Asegurancia Médica

Tiene usted asegurancia? Si No **Si tiene, favor de proveernos con una copia de la tarjeta**

Nombre de la compañía de asegurancia: _____

Nombre y Fecha de Nacimiento del Asegurado(a) (Si es diferente de la persona responsable)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación del paciente al asegurado(a): Su mismo(a) Esposo(a) Dependiente

Como se enterró del United Community Health Center? _____

Favor de continuar en el otro lado.

Ingreso de Paciente y Escala del Descuento

Numero de personas en su hogar	Ingresos Semanales Brutos
1	\$392.00
2	\$526.00
3	\$660.00
4	\$794.00
5	\$928.00
6	\$1062.00

Si el tamaño de su hogar e ingresos semanales son la misma cantidad o menos que estas directivas, usted puede calificar para nuestra Escala del Descuento. Se requiere documentación.

Aunque usted tiene aseguranza, usted puede participar en el descuento para ayudarle en cubrir los costos de los deducibles, laboratorios, y procedimientos que su aseguranza no pagara.

- Si, yo quisiera completar la aplicación para los cargos descontados y la Escala del Descuento.
- No, no quisiera o no califico para los cargos descontados y la Escala del Descuento

Ingreso Semanal del **Hogar**: \$ _____ # de niños en casa _____ # de adultos _____

Fuente(s) del ingreso: _____

Le requerirán un mes (4 semanas) de talones de cheque O copia de sus impuestos.

Apunte otros quien reclama en sus impuestos –esta información es requerida

Nombre del dependiente	Edad del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente	Relación a usted

Estado Civil Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Estado del Estudiante Tiempo Completo Parte Tiempo No en la escuela
Estado del Empleo Tiempo Completo Parte Tiempo No trabaja
Raza Indio Americano Asiático Afro americano Caucáseo
 Hispano/Latino Hawaiano/Isleño
Estado de Vivienda Calle Juntados Refugio Transicional
 No esta sin hogar Otro No Sabe
Estado Agrícola No trabaja en agricultura Dependiente de un trabajador
 emigrante Dependiente de un trabajador estacional Trabajador emigrante
 Trabajador estacional

Acuerdo de pago: Yo certifico que la información anterior es verdadera y que he reportado todas las fuentes de ingresos para apoyar a mi familia. Yo estoy de acuerdo a pagar puntualmente y por completo los cargos de servicio proveídos por el Centro de Salud según los honorarios establecidos.

Asignación de los beneficios: Yo autorizo el pago directo al Centro de Salud de toda la cobertura de seguro de salud u otros beneficios bajo cualquier programa gubernamental, cualquier póliza o plan de seguro, o cualquier otro beneficio disponible. Esta asignación será en efecto hasta que sea revocado por escrito.

Consentimiento de tratamiento medico: Yo solicito y doy consentimiento para los profesionales de cuidado de salud en el Centro de Salud a proveer tratamiento medico a mi y/o mi familia.

Consentimiento para compartir información de la salud protegida: Yo autorizo que el Centro de Salud comparte información medica relacionada con el paciente a compañías de aseguranza, planes de salud, o seguro contra terceros, o sus agentes autorizados, para el propósito de determinar los beneficios pagaderos en conexión con los servicios proveídos.

Firma del paciente/persona responsable: _____ Fecha: _____