

# FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES



Escriba en LETRA DE MOLDE. Devuelva los formularios completos a Registro.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

MRN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo/Género legal:  M  F  
PRIMER INICIAL APELLIDO PREFERIDO

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
mes día año

Dirección: \_\_\_\_\_ PO BOX: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa/celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Si necesitan servicios de intérprete?  SÍ  NO Idioma materno:  Inglés  Español

Religión: \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Afroamericano  Blanco  
 Asiático  Indio-asiático  Chino  Filipino  Japones  Coreano  Vietnamita  
 Hawaiano nativo  Otros isleños del pacífico  Samoano  Guameño o Chamorro

Origen étnico  Hispano  No hispano

Estado Civil:  Soltero/a  Viudo/a

Empleado  Tiempo Completo  Medio  No

Casado/a  Divorciado/a

Estudiante  Tiempo Completo  Medio

Separado/a

¿Es usted un veterano?  SÍ  NO

¿Es usted indigente?  SÍ  NO

¿Es usted un agricultor?  SÍ  NO

¿Vivienda Pública?  SÍ  NO

¿Es usted un estudiante?  SÍ  NO

Permanente  Temporal  Inestable

¿Tiene necesidades especiales?  Bariátrico  Discapacidad auditiva  Riesgo de caída  Baja estatura

Discapacidad del habla  Discapacidad visual  Silla de ruedas

Ninguna

Cantidad de personas en la vivienda: Adultos: \_\_\_\_ Niños: \_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

*(Completar esta sección si la Parte responsable NO es el paciente)*

Parentesco de la parte responsable:  Usted  Cónyuge  Padre  Tutor legal  Otro \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo/Género legal:  M  F  
PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO APELLIDO

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Mes día año

Dirección: \_\_\_\_\_ PO BOX: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Presente su tarjeta del seguro en admisión cada vez que ingrese

MRN: \_\_\_\_\_

### SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del titular de la póliza: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo: M  F

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

### SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del titular de la póliza: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo: M  F

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LCHC requiere el pago el día del servicio. Este pago incluye los deducibles y copagos pendientes, servicios no cubiertos, pagos de tarifas de escala variable y cualquier cargo pendiente después de que el seguro haya hecho el pago en su cuenta. Tome nota que su seguro podría no cubrir todos sus cargos y que usted es responsable por cualquier saldo sobre su cuenta y que se le cobrará hasta que su saldo esté pagado. El Programa de tarifa de escala variable es para familias con bajos ingresos. Este programa les permite a los pacientes obtener un descuento sobre los cargos. Usted debe solicitarlo con el personal de registro con verificación del ingreso total y el número de personas en su familia. Debe volver a solicitar el programa cada año y el pago se debe hacer al momento del servicio. La firma en este formulario indica que usted está enterado de las políticas y procedimientos anteriores y que fue informado sobre el programa de tarifa de escala variable. Por este medio autorizo la asignación de todos los beneficios del seguro para que se paguen directamente a LCHC.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SOLO PARA USO INTERNO

Firma del empleado de LCHC: \_\_\_\_\_

PCP asignado: \_\_\_\_\_