

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: _____