

REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor completar ambos lados de este formulario. Por favor **ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA**. Por favor entregue el/los formulario(s) completo(s) a la recepción del consultorio. Gracias.

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: ____/____/____ Nombre: _____

Sexo al nacer: Masculino Femenino 1ER NOMBRE 2O NOMBRE APELLIDO(S)

Orientación Sexual: Lesbiana, Gay ó Homosexual Heterosexual Bisexual Otra Cosa
 No sé Prefiero no decir

Identidad de Genero: Masculino Femenino Hombre transexual / Mujer a Hombre Mujer Transexual / Hombre a Mujer
 Otro Prefiero no decir

Idioma principal: Inglés Español Otro _____ Necesito intérprete

Raza: Indio Americano o indígena de Alaska Asiático Negra o afro Americana Indígena de Hawái u otra Isla del Pacífico
 Estado prohibido No especificado Se negó el Paciente

Etnicidad: Hispano o Latino (Personas de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sud o centroamericano u Otra cultura hispana)? No Hispano o Latino Estado prohibido Se negó el Paciente **Veterano?** Sí NO

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N° de Seg. Social: _____ Estado civil: Soltero Casado
 Viudo Divorciado Separado Hijo Otro

Teléfono del domicilio: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Dirección : _____ Apartado Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Empleador del paciente: _____ Teléfono: (____) _____

¿Reside el paciente en una casa de reposo o centro de cuidados residenciales? Sí NO Si contesta que **SÍ**, ¿cuál es el nombre del centro donde reside el paciente? _____ Número de teléfono: (____) _____

DATOS DEL ESPOSO (si corresponden)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
1ER NOMBRE 2O NOMBRE APELLIDO(S) N° de Seg. Social: _____

Empleador: _____ Teléfono: (____) _____

DATOS DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y teléfono de alguien que no viva en su domicilio

Nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____
NOMBRE APELLIDO(S)

Teléfono: (____) _____

DATOS DEL RESPONSABLE

Complete esta sección si el Responsable **NO ES** el Paciente

Parentesco del Responsable con el Paciente: El Mismo Esposo Padre Tutor legal Otro _____

NOMBRE: _____ Sexo: Masc. Fem.

1ER NOMBRE 2º NOMBRE APELLIDO(S)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N° de Seg. Social: _____

SI LA DIRECCIÓN **NO ES** LA MISMA DEL PACIENTE: Calle : _____ Apartado Postal _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Tel. domicilio: (____) _____

Empleador: _____ Teléfono: (____) _____

DATOS DEL SEGURO

Por favor presente todas las tarjetas de Seguro a la Recepcionista

Indique abajo que tipo de Seguro:

Seguro Médico: Medicare Medicaid Comercial Póliza individual Otro _____

Seguro Dental: Medicaid Comercial Póliza Individual Otro _____

 Número de personas en el domicilio: Adultos _____ Niños (menores de 18 años de edad) _____
 Cálculo de los ingresos anuales del domicilio: \$10,000 ó menos \$10,001 - \$20,000 \$20,001 - \$30,000 \$30,001 –
 \$40,000 \$40,001 - \$50,000 \$50,001 y más

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

- Doy mi consentimiento, como paciente o custodio legal principal o custodio legal conjunto del paciente, a cualquier tratamiento o procedimiento declarado necesario por el personal de ACCESS Family Care.
- Entiendo que dicho tratamiento puede abarcar radiografías y/o estudios de laboratorio. Entiendo que una consulta dental de emergencia puede consistir en un diagnóstico de la condición y el tratamiento necesario para aliviar molestias. Sin embargo, el tratamiento definitivo puede exigir consultas adicionales.
- Doy permiso para que ACCESS Family Care suministre cualquier dato mío o del paciente necesario para la facturación y el tratamiento.
- Acepto la responsabilidad por todos los gastos financieros y entiendo que se debe pagar completo en el momento del servicio.
- Solicito que los pagos de Medicare, Medicaid u otros beneficios de la compañía de seguros hechos en mi nombre o del paciente, sean asignados a ACCESS Family Care.

_____ He recibido copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de ACCESS Family Care. Entiendo que es mi responsabilidad de leer **INICIALES** dicho aviso y hacer cualquier pregunta que yo tenga.

_____ He recibido copia de los Derechos de Pacientes de ACCESS Family Care. Entiendo que es mi responsabilidad leer y cumplir **INICIALES** con la información que contiene dicho aviso.

_____ He recibido copia del Acuerdo del Paciente por no presentarse de ACCESS Clinic Family Care. Entiendo que en caso de **INICIALES** faltar a mis citas, puedo ser despedido como paciente de ACCESS Family Care y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad cumplir con este reglamento.

- Estoy de acuerdo que mi consentimiento es válido mientras yo sea paciente de ACCESS Family Care.

Firma del paciente/responsable del paciente

Fecha

Firma del empleado de ACCESS Family Care

- Joplin Medical Cassville Medical Anderson Medical
- Neosho Medical Mt. Vernon Lamar
- Joplin-Dental Anderson-Dental Cassville Dental