

Community Health Center of Franklin County
 Desmond Callan Community Health Center
FORMA DE REGISTRACION 2011

Por favor sírvase contestar las siguientes preguntas acerca de usted y su familia; esto nos ayudara a servirles mejor. Toda información que usted nos proveea en este momento o en sus visitas futuras será totalmente confidencial. Por favor proveanos de una identificación con foto para protegerle del robo de identidad.

Información del Paciente

Apellido _____
 Nombre _____ MI _____
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Código de área _____
 # de teléfono de la casa _____
 Teléfono trabajo/Cellular _____
 Email _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
 # de Seguro social _____
 Estado civil _____
 Contacto en una emergencia _____
 Teléfono en caso de emergencia _____

Información medica del Paciente

Doctor: _____
 Locacion: _____
 Dentista: _____
 Locacion: _____
 Qué farmacia usa?: _____
 Locacion: _____
 Usted fuma? Si En el pasado Nunca

Seguro médico y pagos

Quién es el responsable por los pagos (garante)?
 Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 # de Seguro Social: _____
 Relación Familiar: _____
 Usted tiene seguro médico? Si No
 Plan(s): _____
 Usted tiene seguro dental? Si No
 Plan(s): _____

Conteste las siguientes preguntas, esto nos ayudara a servirle mejor y a conocer las necesidades de nuestros pacientes.

Idioma:

Usted habla inglés? Si No un poco
 Qué idioma prefiere? _____
 Usted necesita un interprete? Si No

Ingresos Económicos:

Miembros en la familia: ___ Adultos ___ menores
 Ingreso económico actual: _____
 Esta trabajando? tiempo Completo ½ tiempo
 retirado/deshabilita estudiante desempleado
 Ocupación: _____
 Empleador: _____

Servicios Adicionales:

Es usted veterano? Si No
 Es usted Agricultor? Si No
 Si es agricultor Full time Temporal Migrante
 No tiene vivienda? Si No
 Necesita transportación? Si No
 Usted tiene comida en su casa? Si No

Raza y Etnicidad:

Es usted es hispano/Latino? Si No
 Cúal es su raza?(Chequee todas las que apliquen)
 Asiático Nativo de Hawai / Islas del Pacifico
 Negro/Afro-americano Blanco/Caucásico
 Indio Americano o Nativo de Alaska

Cómo se entero de nosotros? Radio TV

Periódico Poster Evento en la comunidad
 Amigo/miembro de familia otra agencia
 Otros _____

Por favor lea lo siguiente, luego firme y ponga la fecha

Autorizo al Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin para que me brinde el tratamiento necesario a mi y mi familia, incluyendo tratamiento urgente si es necesario. También le autorizo para que de toda la información necesaria a mi seguro médico, al responsable de mis pagos, seguro dental, y Médico de cabecera, con el propósito de continuar el tratamiento necesario. Asigno al Centro de Salud Comunitario de Franklin para que reclame y cobre cualquier beneficio del seguro médico por el tratamiento mío y de mi familia. Entiendo que soy responsable por cualquier pago que no cubra mi seguro médico/dental u otros beneficios, incluyendo reclamos ocurridos bajo la cobertura de accidentes tales como compensación al trabajador o de automóvil. Yo entiendo que mi seguro medico requiera que mi proveedor de salud pertenezca al CHCFC para que la cita medica sea cubierta.

_____/_____/2011
Firma del Paciente o padres / representante legal **Fecha**

_____/_____/2012
Actualización (2012) Firma del Paciente o padres / representante legal **Fecha**