

## Formulario para Registro de Pacientes

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Favor Inscribirme para:</b>	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos	<input type="checkbox"/> Servicios Dentales	<input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental
<b>Lugar:</b>	<input type="checkbox"/> Greenfield	<input type="checkbox"/> Orange	<input type="checkbox"/> Baystate (Sólo Urgencias dentales)

### Información del Paciente

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre legal (Nombre & Apellido): \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer\*:  Femenino  Masculino  No binaria  Otra  Desconocida  X

*\*A pesar de que CHCFC reconoce una variedad de géneros/sexos, muchas compañías de seguros y entidades legales no lo hacen. Por favor sepa que se nos requiere usar el nombre y sexo enlistado en su seguro de salud para los documentos relacionados con el seguro, cobros y correspondencia. Durante su visita y en cualquier otro lugar usaremos su nombre y pronombres actuales.*

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección de correos: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_  Celular  Casa  Trabajo

Teléfono 2: \_\_\_\_\_  Celular  Casa  Trabajo

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/la madre (si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencias: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_

### Información de Seguro y Pagos

¿Tiene usted Seguro Médico?  Sí  No

Nombre del Subscriber: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el Subscriber: \_\_\_\_\_

Plan Primario: \_\_\_\_\_ Póliza/No. de identificación: \_\_\_\_\_

Plan Secundario: \_\_\_\_\_ Póliza/No. de identificación: \_\_\_\_\_

Tiene usted Seguro Dental  Sí  No

Plan Secundario: \_\_\_\_\_ Póliza/No. de identificación: \_\_\_\_\_

Plan Secundario: \_\_\_\_\_ Póliza/No. de identificación: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría solicitar una escala de cobros por ingresos?  Sí

¿Le gustaría obtener ayuda para solicitar un seguro?  Sí



## Información Demográfica

Como centro de salud que recibe financiamiento Federal, se nos requiere coleccionar esta información. Todas sus respuestas son confidenciales.

<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispana/Latina/Latinex <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> No-Hispana <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Mexicana/Americana Mexicana <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		<b>Raza (seleccione una o más)</b> <input type="checkbox"/> Negra o Affroamericana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Amerindia o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> Alguna otra Carrera	
<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Casado/en pareja <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separada <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Niña/ Niño <input type="checkbox"/> Otra Significativa <input type="checkbox"/> Socio Doméstico		<b>Identidad de Género</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No Binaria <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer Transgenero (MTF) <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Otros, especificar : _____ <input type="checkbox"/> Elige no revelar	
		<b>Orientación Sexual</b> <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay u Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más, Por Favor Describe : _____ <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Elige no revelar	
		<b>Religión</b> _____ <b>Vivienda Pública</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Información Financiera Familiar</b> Tamaño de la Familia/Hogar: _____ Ingresos \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno <input type="checkbox"/> Seguridad Social		<b>Lengua:</b> Lengua Primaria: _____ ¿Quisiera tener un intérprete para su cita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<b>¿Empleado en atención médica?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Vive en residencia communal?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Trabajo &amp; Vivienda</b> ¿Cuál es su estado de empleo? <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desactivada <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleadas <input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo <input type="checkbox"/> Empleador Jubilado _____ ¿Eres empleada de CHCFC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Trabaja Usted en Agricultura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿Cuál es su estatus? <input type="checkbox"/> Por estación <input type="checkbox"/> Migrante ¿Actualmente está usted sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rama de Servicio _____	
<b>Transporte</b> ¿Necesita ayuda con transporte para sus citas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

### Consentimiento y Divulgación:

Por medio de la presente, yo autorizo al Centro de Salud Comunitario del Condado Franklin para que me dé tratamiento a mí y a mi familia como sea necesario, incluyendo cuidados de emergencia. También autorizo la divulgación de toda la información necesaria para mi compañía de seguro de salud, fiador, y/o proveedor de servicios médicos/dentales con el propósito de recibir pago o para la continuación de mi tratamiento. Yo asigno al Centro de Salud Comunitario del Condado Franklin para cobrar y recolectar beneficios de seguro pagables debido a los tratamientos para mi familia y para mí. Yo comprendo que puedo ser responsable de pagar cualquier servicio que no sea cubierto por mi seguro u otros beneficios, incluyendo costos incurridos bajo cobertura para accidentes como compensación de trabajadores o seguros para vehículos. Yo comprendo que mi compañía de seguros puede requerir que yo tenga un proveedor designado por parte de CHCFC como mi proveedor de cuidados de salud de cabecera para que mis visitas médicas puedan ser cubiertas.

X

Firma del Paciente o Padres/Representante Legal

Fecha

Staff Initials: \_\_\_\_\_