

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DE 2019

Me registro para la oficina de:

Greenfield Medical Greenfield Dental Orange Dental Orange Medical

Información del Paciente

Apellido(s): _____
 Nombre(s): _____ MI: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____
 Código postal: _____
 Teléfono de casa: _____
 Teléfono del trabajo: _____
 Celular: _____
 Correo electrónico: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Número de Seguro Social: _____
 Estado civil: _____
 Contacto de emergencia: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____
 Código postal: _____
 Relación con esta persona: _____
 Teléfono de emergencia: _____
 Farmacia: _____

Orientación Sexual e Identidad de Género

¿Qué sexo le asignaron cuando ud. nació?

Varón Hembra

What is your current gender identity?

Varón Hembra Género Queer
 Varón transgénero Hembra transgénero
 Otro Favor de especificar: _____
 Opto por no revelar

Se considera:

Lesbiana, gay u homosexual
 Heterosexual
 Bisexual Otra cosa
 No sé Opto por no revelar

¿Se identifica como transgénero o transexual?

Sí No

Raza y Etnicidad

¿Usted es hispano/latino? Yes No
 ¿Cuál es su raza (marque todas que se aplican)?
 Asiático de Hawái / de las islas de la Polinesia
 Negro/Afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo americano o de Alaska

Seguros y Pagos

¿Quién es responsable por el pago (garante)?

Nombre(s): _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____
 Código postal: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Número de Seguro Social: _____
 Relación con ud: _____
 ¿Ud. tiene seguro médico? Sí No
 Plan primario: _____
 Plan secundario: _____
 ¿Ud. tiene seguro dental? Sí No
 Plan primario: _____

Ingresos y empleo

Número de personas en su familia: _____
 Adultos: _____ Menores: _____
 Ingresos **anuales** estimados de su familia:
 Menos de \$10,000 \$10-\$20,999 \$21-\$30,999
 \$31-\$40,999 \$41-\$50,999 \$51-\$60,999
 Si son más de \$70,000, indíquelos aquí: _____
 ¿Está trabajando? Tiempo completo Tiempo parcial
 Retirado Discapacitado Estudiante Desempleado
 Posición: _____
 Empresa / Patrón / Escuela: _____

Lengua

¿Habla inglés? Sí No Un poco
 ¿Necesita intérprete? Sí No
 ¿Cuál es su lengua preferida? _____

Servicios Adicionales (marque todos que se aplican):

Veterano Sin hogar
 Agricultor (Si es así, favor de seleccionar uno de los siguientes):
 Tiempo completo Por temporada Migrante
 ¿Tiene transportación? Sí No

¿Cómo se enteró de nosotros?

Amigo o familia Referido de una agencia
 Periódico Facebook Evento en la comunidad
 Otro: _____

Consentimiento y cesión

Yo por la presente autorizo al Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin (CHCFC) a que nos provea a mí y a mi familia el tratamiento necesario, incluyendo el cuidado de urgencia si es necesario. También autorizo la cesión de toda la información necesaria a mi compañía de seguro médico, a la persona responsable por mis pagos, y/o al proveedor médico o dental para propósitos de pago o de proveer la continuación del tratamiento. Le asigno al CHCFC a que reclame y cobre los beneficios de seguro pagables por su tratamiento de mí y de mi familia. Entiendo que es posible que yo sea responsable por el pago de cualquier servicio no cubierto por el seguro u otros beneficios, incluyendo reclamos ocurridos bajo la cobertura de accidentes tal como la compensación laboral o el seguro de automóvil. Entiendo que es posible que mi aseguradora pueda requerir que yo tenga un proveedor del CHCFC designado como mi médico de cabecera (PCP) para que cubra mis visitas médicas.

Firma del paciente o padre / tutor

Fecha