

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DE 2020

Me registro para la oficina de:

- Greenfield Médica
 Greenfield Dental
 Salud del Comportamiento
 Orange Dental
 Orange Médica

Información del Paciente

Apellido(s): _____
 Nombre(s): _____ MI: _____
 Nombre Preferido: _____
 Pronombre Preferido: _____
 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 Hawaii / de las islas de la Polinesia
 Negro/Afroamericano
 Blanco/caucásico
 Nativo americano o de Alaska

Consentimiento y cesión

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 familiares y empleo del paciente / estado del estudiante

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: _____

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