



Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente			
Por favor tenga su identificación a mano para el recepcionista			
Apellido:	Primer Nombre e Inicial Segundo Nombre:	Fecha Nac. (Mes/Día/Año):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:	Teléfono Trabajo:	
Correo Electrónico:	Número Seguro Social: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No Desea Contestar		
Parte Responsable: <input type="checkbox"/> Si Mismo <input type="checkbox"/> Otro (Si es otro, completar abajo)			
Nombre: _____		Relación con el paciente: _____	
Correo Electrónico: _____		Teléfono Celular: _____	
Fecha de Nac.: (Mes/Día/ Año) _____			
Contacto de Emergencia:			
Nombre: _____		Relación con el Paciente: _____ Teléfono Celular: _____	

Información Adicional	
Doctor Primario (Indicado en la tarjeta del Seguro Médico):	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Legalmente Separado/a	
Idioma: _____ <i>Usted necesita de un traductor para sus citas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americ./ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro - Americano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otro /Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Más de una Raza <input type="checkbox"/> Declina especificar <input type="checkbox"/> Otro: _____
Etnicidad (elija una): <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano, Chicano <input type="checkbox"/> Puerto Riqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Sur Americano <input type="checkbox"/> Centro Americano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Declina especificar	
Farmacia: <input type="checkbox"/> ELFHCC– Lincoln/Lemington <input type="checkbox"/> ELFHCC – East Liberty <input type="checkbox"/> Otra (Por favor especifique):	
Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	



Información de Seguro Médico:	
Por favor tenga su identificación a mano para el recepcionista.	
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro (ELFHCC atenderá a todo paciente independiente de su capacidad para pagar)	
Seguro Primario:	
Miembro ID:	Co-pago (indicado en la tarjeta):
Nombre del Asegurado:	Relación del paciente con el seguro:
Número de Grupo:	<i>Número Medicare (Si aplica):</i>

Seguro Secundario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> N/A	
Seguro Secundario:	
Miembro ID:	Co-pago (indicado en la tarjeta):
Nombre del Asegurado:	Relación del paciente con el seguro:
Número de Grupo:	<i>Número Medicare (Si aplica):</i>

Evaluación Financiera del Paciente	
Si hay disponible un descuento de pago le será informado. El descuento de pago es determinado en base a su renta mensual y el número de miembros de su familia. Si usted califica, por favor complete el formulario del Programa de Descuento adjunto. Junto con éste debe presentar una prueba de ingreso.	
Ingreso Neto aproximado \$: (total por hogar):	<input type="checkbox"/> Declina contestar
<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
Número de miembros en la familia:	
FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA OFICINA):	
<input type="checkbox"/> Documentation on Proof of Income <input type="checkbox"/> Proof of Income/Unemployment <input type="checkbox"/> Picture ID <input type="checkbox"/> Proof of Address <input type="checkbox"/> Non Proof of Income (The patient will be set to 100% responsibility level)	
Assigned Sliding Fee Schedule / Sliding Scale Type: <input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> L6+ or N/A	



Información Adicional	
Debido a regulaciones de reporte federal, la siguiente información es requerida para todo paciente. Toda la información es confidencial y debe ser recopilada anualmente.	
Esta usted empleado como trabajador en agricultura?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<i>Si es así, por favor indique que tipo de trabajo realiza</i>	<input type="checkbox"/> Agricultura Temporal <input type="checkbox"/> Agricultura Migratoria
Es usted un veterano?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Está usted sin vivienda?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<i>Si usted respondió sí a lo indicado arriba, por favor especifique su situación habitacional.</i>	<input type="checkbox"/> Refugio para gente sin vivienda <input type="checkbox"/> Transitoria <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> En la Calle <input type="checkbox"/> Apoyo permanente de vivienda <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe
En la actualidad vive en una casa del estado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tiene alguna necesidad para comunicarse? Visual o auditiva, etc.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<i>Si es así, por favor especifique.</i>	<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Cognitiva
Comprendo que toda información será transmitida al Sistema de Registro Electrónico de Pennsylvania (PIERS). Para la opción de no emitirla puedo llamar al 877-774-4748 o contactar por correo electrónico RA-DHVaxRecords@pa.gov	

Orientación Sexual / Identificación de Género (OS/IG)	
Identidad de Género: Cómo se describe a si mismo? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino-a-Masculino /Transgénero Masculino/Trans Hombre <input type="checkbox"/> Masculino-a-Femenino /Transgénero Femenino/Trans Mujer <input type="checkbox"/> Género queer/Género No-Confirmado <input type="checkbox"/> Prefiere no revelarlo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro:	Qué sexo se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Orientación Sexual: Lo que usted se considera ser: <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No definido <input type="checkbox"/> Prefiere no revelarlo <input type="checkbox"/> Algo diferente (Por favor especifique):

Declaración del Paciente:		
CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE RENDIDO ES VERDADERA. ENTIENDO QUE EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER PROPORCIONARÁ ATENCIÓN MÉDICA, DENTAL, INCLUYENDO OTROS PROFESIONALES ANEXOS, JUNTO CON ENFERMERAS ASISTIDAS PARA PROPORCIONAR CUIDADOS. ÉSTO CON LA CONCLUSIÓN DE DIAGNÓSTICOS, EXÁMENES TERAPEÚTICOS, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS CONSIDERADOS NECESARIOS O RECOMENDABLES DEACUERDO AL CRITERIO DEL PROFESIONAL CERTIFICO QUE EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER NO ES RESPONSABLE POR NINGUNA ACCIÓN U OMISIÓN EN LAS SIGUIENTES ORDENES DEL DOCTOR. DOY AUTORIZACIÓN A CUALQUIER SERVICIO REALIZADO A MI PERSONA Y MIS DEPENDIENTES. ACEPTO RESPONSABILIDAD EN LOS PAGOS Y CARGOS DE SERVICIOS OTORGADOS A MI PERSONA Y DEPENDIENTES. ENTIENDO QUE TODOS LOS CARGOS DEBEN SER CANCELADOS AL MOMENTO DEL SERVICIO ENTREGADO. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS DE SALUD A EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER. ACEPTO EL COMPROMISO EN LOS GARGOS INCURRIDOS Y COBROS A ESTA CUENTA. AUTORIZO A EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER A PROPORCIONAR TODA INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR ESTA U OTRA SOLICITUD ASOCIADA. HE RECIBIDO UNA COPIA DE NOTIFICACIÓN EN PRACTICAS DE PRIVACIDAD. UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE DATOS ES PERMITIDA EN LUGAR DE LA ORIGINAL. EN BENEFICIO E INTERÉS DE MI SALUD, SOY RESPONSABLE DE ASEGURARME DE QUE MI DOCTOR TENGA AL DÍA MI NÚMERO TELEFÓNICO Y DIRECCIÓN, YA QUE MI DOCTOR PODRÍA TENER QUE CONTACTARME EN RELACIÓN A MI SALUD. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, LE DOY AUTORIZACIÓN A EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER A ACCEDER A MI HISTORIAL DE MEDICINAS EXTERNO.		
Nombre:	Firma:	Fecha:
Testigo Clínica:	Firma:	Fecha: