

Fecha de Hoy: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre Legal del Paciente:			Seguro Social:		
Nombre Preferido del Paciente:		Residente de EE.UU.: S / N Refugiado: S / N País de Origen:			
Dirección:			Teléfono:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Municipio/ Condado:		
Correo Electrónico:		Veterano: S / N De Baja: S / N	Fecha de Baja: / /		
Contacto de Emergencia:		Relación:	Teléfono:		

Lista de todos los individuos viviendo en el hogar (Nombrar individualmente, INCLUYENDO al paciente):

Nombre	M/F	Edad	Fecha de Nacimiento	Relación	SSN

Identidad de Género	
Masculino	
Femenina	
Masculino Transgénero/ Femenina-a-Masculino	
Masculino Transgénero/ Masculino-a-Femenina	
Otro	
Negarse a contestar	

Estado Civil	
Soltero/a	
Casado/a	
Separado/a	
Divorciado/a	
Viudo/a	

Ingreso Anual de Hogar	
\$0 - 20,000	
20,001- 50,000	
50,001 - 100,000	
100,001+	

Tamaño de Hogar: _____

Orientación Sexual	
Heterosexual	
Homosexual	
Lesbiana	
Bisexual	
Otro	
Desconocido	
Negarse a contestar	

Empleo	
Tiempo Completo	
Medio Tiempo	
Por Cuenta Propia	
Retirado	
Trabajador de Temporada	
Trabajador Migrante	
Desempleado	

Asegurancia	
Paciente se niega a recibir asistencia	
No Asegurado	
Medicare	
Medicaid	
Medicaid Pendiente	
HIP	
Asegurancia Privada	

Indigente	
Refugio para Indigente	
Vivienda Publica	
Transicional	
Compartir Habitacion	
Calle	
Otro	
Desconocida	

Raza	
Negro/Africano-Americano	
Asiático	
Nativo Hawaiano	
Otro Isleno Pacífico	
Indio Americano/Nacional de Alaska	
Blanco	
Mas de una raza	
Niego a responder	

Farmacia Preferida	
Nombre:	
Dirección:	

Lenguaje Primario	
Inglés	
Español	
Otro	
¿Necesita un intérprete?	

Étnica				
¿Es Hispano/Latino?	Sí		No	

Método Preferido de Comunicación				
My Chart		Correo Electrónico		Voz

Es mi responsabilidad mantener a 219 Health Network informado de cualquier cambio de dirección, teléfono, ingreso, y/o cobertura de salud.

Yo entiendo que la información presentada es sujeto a verificación por 219 Health Network, federal y/o agencias estatales de aplicación, y otros como sea requerido. Bajo pena de perjurio y/o fraude, yo afirmo que la información arriba es verdadera y correcta.

Aplicante (Firma)

Aplicante (Nombre Imprimido)

Consentimiento: Para proporcionar tratamiento, facturar a su aseguradora, o liberar información requerida por su portador de aseguradora, debemos de recibir su consentimiento con sus iniciales en las áreas indicadas y/o proporcionando su firma abajo.

Información: Yo autorizo a los nombrados debajo de recibir información de 219 Health Network relacionado con cualquier parte de mi cuidado (o la de mi dependiente), de programar/programar/cancelar citas en mi nombre (o de mi dependiente), y en mi ausencia, las personas abajo pueden dar consentimiento a cuidado y tratamiento de mi menor dependiente. Yo entiendo que esta información puede incluir droga y alcohol, salud mental, resultados de pruebas de VIH SIDA y/o pruebas genéticas, y esta autorización es válida a menos que sea cancelada por escrito.

Yo, _____ (Si Mismo; _____ Padre; _____ Tutor Legal), doy mi permiso para:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Yo entiendo que este consentimiento se vencerá después de un año y puede ser revocada a cualquier momento durante este año. Para terminar este consentimiento 219 Health Network debe de ser notificada por escrito por el paciente o el tutor legal del paciente. _____ (iniciales)

Me gustaría que 219 Health Network deje mensajes de voz sobre mis resultados de laboratorio. _____ (iniciales)

Consentimiento a Tratamiento: Yo consiento a cuidado necesario por mi proveedor y estoy de acuerdo con cumplir con su plan de tratamiento. Si no cumpla con el plan de tratamiento, 219 Health Network puede elegir no continuar con mi cuidado. _____ (iniciales)

Declaración de Acuerdo:

Yo he sido aconsejado de mis derechos y obligaciones a 219 Health Network Políticas y Procedimientos. _____ (iniciales)

Aviso de Prácticas de Privacidad:

219 Health Network está comprometido a proteger su información de salud personal conforme a la ley. Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad esta disponible a petición.

Declaración de Derechos de Paciente:

Nuestra misión en 219 Health Network es de tratar a todos los pacientes con respeto y dignidad sin importar el nivel de socioeconómico. Declaración de Derechos de Paciente 219 Health Network esta publicado para que lo revise y está disponible a petición.

Firmado:

Fecha: _____

Representante de Padre/Paciente (si es depende) _____

Fecha: _____

Relación: _____

Co-pago: Yo entiendo que si mi aseguradora medica requiere un co-pago o cuota de encuentro el pago es debido AL TIEMPO DEL SERVICIO.

Precertificación: Si mi aseguradora requiere precertificación es mi responsabilidad de asegurar que sea obtenida. Yo seré considerado responsable financieramente si la precertificación no es obtenida.

Directiva Avanzada: Información acerca de directiva avanzada es proveída en la Guía de Información de Paciente.

DIRECTIVA AVANZADA

? Yo he nombrado a un Representate de Ciudadado de Salud? _____ sí _____ no

? Tiene un Testamento en Vida? _____ sí _____ no

? Le ha dado a alguien so Poder Legal? _____ sí _____ no