

Formulario de registro de adulto

Paciente nuevo Editar información

Fecha de hoy: _____

Complete este formulario para garantizar la correcta facturación de sus servicios. **Imprímalo.**

Información del paciente – Proporcione identificación con foto

Apellido del paciente: _____

Número de Seguro Social: _____

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre preferido/alias _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo **Sexo:** M F No binario Otro Desconocido X
 Separado Divorciado En pareja
 Pareja Otro

Sexo asignado al nacer: M F Incierto Desconocido **Identidad de género:** M F Otro Mujer transgénero/Hombre a mujer
 Prefiero no divulgar Hombre transgénero/Mujer a hombre
 No se registra en el certificado de nacimiento Prefiero no divulgar

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____ **Orientación sexual:** Bisexual Prefiero no divulgar No sé
 Lesbiana o gay Otra Heterosexual (No lesbiana ni gay)

¿Deficiencia de la audición? Sí NO Comentarios: _____
¿Deficiencia de la visión? Sí NO Comentarios: _____

Etnia: (Esta información se usa para fines estadísticos). América central/del sur Cubano Hispano o latino No hispano ni latino
 Mexicano Puertorriqueño Prefiero no decir Otro _____ **Raza: (Esta información se usa para fines estadísticos).** Nativo americano Asiático Afroamericano Blanco
 Nativo hawaiano/isleño del Pacífico Desconocido Prefiero no decir

Religión: _____

Información de contacto del paciente:

Forma de contacto preferida: Casa Celular Trabajo **Teléfono residencial:** (____) _____
 Teléfono alternativo Carta Correo electrónico **Teléfono celular:** (____) _____
Llamadas de recordatorio automáticas/mensaje de texto sobre la cita Sí NO **Teléfono laboral:** (____) _____
Correo electrónico: _____ **Teléfono alternativo:** (____) _____
 No por correo electrónico

Dirección principal del paciente:

Dirección: _____ **Ciudad, estado, código postal:** _____
Condado: _____ **País:** _____

Información laboral del paciente:

Empleado Condición: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado **Empleador:** _____
 Desempleado Discapacitado **Dirección:** _____
 Estudiante Militar en actividad Autónomo **Ciudad, estado, código postal:** _____
 Otro _____ **Condado:** _____ **País:** _____

Contacto de emergencia del paciente

Nombre del contacto de emergencia: _____ **Teléfono de la casa:** (____) _____
Relación del paciente con el contacto de emergencia: _____ **Teléfono celular:** (____) _____

Nombre de la farmacia, dirección y número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO – *Proporcione copias de todas las tarjetas*

(Se exige un formulario por separado para indemnización, responsabilidad civil de vehículos o servicios legales).

COMPañÍA DE SEGURO PRINCIPAL: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Número de identificación/certificado: _____

Número de grupo/plan: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____ Nombre del afiliado: _____

DOB del afiliado: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: M F Otro Relación con el paciente: _____

COMPañÍA DE SEGURO SECUNDARIA: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Número de identificación/certificado: _____

Número de grupo/plan: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____ Nombre del afiliado: _____

DOB del afiliado: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: M F Otro Relación con el paciente: _____

Información del garante *(El garante es la persona que responde financieramente por las facturas del paciente).*

Complete si el garante no es usted

Garante: _____ Relación del paciente con el garante: _____

Dirección: _____ Número de Seguro Social: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Condado: _____ País: _____ Sexo: M F Otro

Teléfono residencial: (____) _____ Teléfono celular (____) _____

(La compañía de facturación utiliza MENSAJES DE TEXTO)

Empleador del garante: _____ Teléfono laboral: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Asignación de beneficios/autorización/aviso de acción de cobranzas

Comprendo que soy responsable de conocer los beneficios que proporciona mi plan de seguro. Al hacerlo, también es mi responsabilidad verificar la prueba del seguro al garantizar que el personal del consultorio tiene registrada la tarjeta más actual o válida. Comprendo además que todos los copagos se deben abonar en el momento del servicio y que también soy responsable de otras cantidades que se deban pagar, dichas cantidades pueden incluir deducibles anuales, cargos denegados por mi compañía de seguros por no estar cubiertos o no ser necesarios por razones médicas y/o tasas incurridas en caso de que se requiera para mi cuenta una acción de cobranza. (por ejemplo, tasa por demoras, agencia de cobranzas, costos judiciales o de abogados). También se le informa que pueden comunicarse con usted desde nuestra oficina por un sistema automático por cuestiones relacionadas con citas y/o estado de su cuenta. Convengo que esta autorización será válida a menos o hasta que se rescinda por escrito. (Para obtener más información, consulte la política de pagos y el aviso de prácticas de privacidad de Primary Care Partners)

Firma _____ Nombre en letras de imprenta _____ Fecha _____

Complete esta sección si el paciente tiene cobertura de Medicare

Para cumplir con las normativas de Medicare, responda las siguientes preguntas:

¿Usted o su cónyuge tienen empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿V.A. autorizó el tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Usted o su cónyuge tiene seguro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Está cubierto por el Programa Federal de Pulmón Negro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene una discapacidad o una enfermedad renal en etapa final?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Su cobertura secundaria a Medicare es Medigap?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Su enfermedad/lesión fue causada por un accidente automovilístico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Hay una cobertura de seguro primaria a Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
		¿Hay cobertura complementaria del empleador secundaria a Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

El abajo firmante certifica que se respondieron las preguntas con veracidad y autoriza a cualquier que posea información médica sobre mi persona a divulgarla a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información que necesiten para determinar estos beneficios o los beneficios que se deban pagar para los servicios relacionados.

Firma _____ Nombre en letras de imprenta _____ Fecha _____