



Suncoast Community Health Centers Inc.

SÓLO PARA USO DE OFICINA Lugar de Servicio: _____ Número de Cuenta #: _____

REGISTRO DEL PACIENTE

Su nombre tendrá que aparecer igual como esta con la compañía de seguro. Esto es para que la compañía de seguro pueda ser facturado. Si su nombre preferido o pronombres son diferentes de esto, por favor háganoslo saber.

Nombre/pronombre preferido _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Teléfono de Casa: _____ Número de Celular: _____

¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (recordatorios de citas, etc.) en el correo de voz o mensaje de texto?

Sí No

Favor indique una opción. Teléfono de Casa (voz) Celular (voz o mensaje de texto) Portal del Paciente.

Correo Electrónico: _____ Le gustaría tener acceso a Portal del Paciente Sí No

Sexo: M F Sexo legal (marque uno)

Estado Matrimonial: S C D V Otro: _____ Idioma de Preferencia: Inglés Español

Raza: Blanco Negro/Africano Americano Asiático Indio Americano Otro del Pacífico Otro: _____

Origen Étnico: Hispano/Latino No-Hispano/Latino

Trabajador Agrícola por Temporada: Sí No Campesino Migrante: Sí No

Veterano Militar de Estados Unidos: Sí No De ambulante: Sí No

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

En caso de Emergencia: _____

Relación con el Paciente: _____ HIPAA Sí No Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Tiene seguro médico? Sí No Nombre de la Seguridad: _____ Número de Póliza o Grupo: _____

¿Está Trabajando? Sí No Nombre del Empleador: _____ Es un estudiante: Sí No

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Relación con paciente	Empleado
Jefe de Familia 1.				
Restantes miembros del hogar 2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Sólo para uso de oficina

Número de miembros que solicitan el descuento: _____ Total de Ingresos Verificados: _____

Tipo de Ingresos Utilizados: Talones de Cheque Trabajador Retiro/Pensión Declaración de Impuestos Manutención de Menores Desempleo SSI/SSDI Otro: _____	Compensación al Asistente en Efectivo	Frecuencia: S/Q/M/A
--	---------------------------------------	---------------------

Nivel de Pobreza	Calificación de Descuento Médico	Calificación de Descuento Dental	Calificación de Descuento de Planificación Familiar (Title X)	Fecha de Validez	Fecha de Expiración



Suncoast Community Health Centers Inc.

Al firmar abajo, yo reconozco que la antedicha información es fiel y correcta a mi leal saber. Además, comprendo que el descuento proporcional a mis ingresos se calculó basado en ingresos y el tamaño de mi unidad familiar y solo es válido por 6 meses y se revisará en cada consulta. Al vencerse los 6 meses, necesito volver a solicitar y proporcionar constancias nuevas de ingresos para continuar recibiendo el descuento.

Firma del Paciente o Tutor Legal Fecha Nombre y Firma del Empleado de SCHC Fecha

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Inicial Yo autorizo al personal de SCHC a proveer atención médica y dental necesaria, incluyendo historial de Rx externa. Autorizo el pago de beneficios médicos/dentales a SCHC que provengan de cualquier tercer pagador. Yo comprendo y me responsabilizo por los servicios proveídos por SCHC. Entiendo que no se pueden proveer servicios a un menor de edad sin la presencia de un padre/tutor legal, padrastro, abuelo/a del menor, un adulto hermano/a del menor, adulto tío/a del menor, o una autorización por escrito/verbal de un padre.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Inicial Yo entiendo que como paciente tengo ciertas responsabilidades con mi proveedor de salud. SCHC me proporciono la copia de acuerdo de responsabilidad del paciente, al firmar a continuación, accedo a cumplir con el acuerdo. Yo entiendo que si no tengo seguro médico y no proveo mis ingresos seré clasificado como un paciente de pago completo, sin ningún descuento. Yo me responsabilizo por la tarifa no cubierta por mi seguro médico.

Firma del Paciente/Tutor Legal Fecha Testigo Fecha

DIRECTIVA AVANZADA

Inicial He recibido información sobre Directiva Avanzada de cuidados de salud.

Inicial Yo tengo una Directiva Avanzada y daré una copia para mi expediente médico.

Inicial En este momento no tengo una Directiva Avanzada.

AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

Yo, _____, por la presente autorizo a _____
a dar su consentimiento a exámenes y tratamientos médico y/o dental considerado necesario por el personal de SCHC para el siguiente menor de edad: _____

(Nombre del Menor de Edad y Fecha de Nacimiento)

Firma del Padre o Tutor Legal Fecha

Testigo Fecha

HIPAA

Inicial Yo reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de SCHC.

Liste los miembros de familia u otra persona, si alguna, a la cual podemos informar sobre su diagnóstico y condición médica, opciones de tratamiento, y responsabilidad financiera.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____ Relación _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____ Relación _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma del Paciente/Tutor Legal Fecha Testigo Fecha