


 Registro de Paciente de Family Health Care

Información del paciente

Apellido Legal		Primer Nombre Legal		Nombre Preferido		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguridad Social	Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono (Primario)	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Numero de Telefono (Secundario)	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Dirección de Correo Electrónico		
¿Desea que Family Health Care le envíe recordatorios de citas por mensaje de texto (los mensajes de texto pueden ser inseguros y se aplican tarifas de mensajería estándar)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
¿Le gustaría registrarse en nuestro Portal del paciente para acceder de forma segura a su información de salud en línea? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Como centro de salud calificado federalmente, Family Health Care debe hacer las siguientes preguntas. La información que proporciona es confidencial. Marque "Opta por no Divulgar" si no desea responder una pregunta específica.						
Sexo al Nacer:	Identidad de Género:		Orientación Sexual (elijá "no se" si es menor de 18 años):			
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero (<input type="checkbox"/> HaM <input type="checkbox"/> MaH) <input type="checkbox"/> Opta por no Divulgar <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Opta por no Divulgar <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Compañero de Vida <input type="checkbox"/> Separado						
Idioma preferido:		Raza (marque todo lo que corresponda):			Etnicidad:	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Opta por no Divulgar <input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Opta por no Divulgar	
Trabajador Agrícola Migrante o Estacional:			Veterano Militar:	Estado de Personas sin Hogar:		
<input type="checkbox"/> Sí, trabajador agrícola migrante (se muda temporalmente por trabajo) <input type="checkbox"/> Sí, trabajador estacional / cuidado del césped / trabajador agrícola (trabaja durante la temporada) <input type="checkbox"/> No, no es un trabajador migratorio o estacional			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con Hogar <input type="checkbox"/> Sin Hogar		
Farmacia Preferida			Contacto de emergencia (al identificar a una persona a continuación, autoriza a Family Health Care a compartir su información de salud con esta persona)			
<input type="checkbox"/> Farmacia FHC <input type="checkbox"/> Otro: _____ Ubicación: _____			Nombre: _____ Teléfono #: _____ Relación: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Información Del Garante / Parte Financieramente Responsable						
(si el garante es el mismo que el paciente, no complete el resto de esta sección)						
Nombre Completo del Garante			Fecha de Nacimiento del Garante (mm/dd /aaaa)		Garante SSN	
Relación con el Paciente			Dirección		Ciudad	Estado
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Número de Teléfono Principal del Garante			Número de Teléfono Secundario del Garante			
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			



Family Health Care
Tratamiento y Autorización de Pago

Usted es responsable de su propia factura. Para ayudarlo con esto, Family Health Care presentará los cargos a su compañía de seguros.

- Transfiero a Family Health Care el beneficio de reembolso médico según mi póliza de seguro. Apruebo la divulgación de cualquier información médica necesaria para estos beneficios. Esto será válido hasta que notifique por escrito para deshacerlo. Entiendo que soy responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro.
- Apruebo el tratamiento para mi hijo o para mí.

Firma del Paciente/Garante _____ Fecha _____

Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente

El Aviso de Prácticas de Privacidad de Family Health Care y sus Derechos y Responsabilidades como Paciente se publican en la ventana de registro. Puede solicitar copias de estos formularios en cualquier momento al personal de Family Health Care. Me ofrecieron y me informaron sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad y los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes.

Firma del Paciente/Garante _____ Fecha _____

If registration is completed by staff over the phone,

Family Health Care Staff Signature

Date permission received from patient