



### Registro de Paciente de Family Health Care

Información del paciente						
<b>Apellido Legal</b>		<b>Primer Nombre Legal</b>		<b>Nombre Preferido</b>		
<b>Fecha de Nacimiento</b> <small>(mm/dd/aaaa)</small>	<b>Número de Seguridad Social</b>	<b>Dirección</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número de Teléfono (Primario)</b>		<b>Numero de Telefono (Secundario)</b>		<b>Dirección de Correo Electrónico</b>		
		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo				
		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo				
<b>¿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)?</b>						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Le gustaría registrarse en nuestro Portal del paciente para acceder de forma segura a su información de salud en línea?</b>						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Información del Seguro Medico:</b> <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Kansas Medicaid <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Secundaria: _____ <input type="checkbox"/> Numero de póliza: _____ <input type="checkbox"/> Numero de grupo: _____						
<b>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.</b>						
<b>Sexo al Nacer:</b>	<b>Identidad de Género:</b> (elijá "opta por no divulgar" si es menor de 18 años):		<b>Orientación Sexual</b> (elijá "no se" si es menor de 18 años):			
<input type="checkbox"/> Masculino  <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <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"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No se  <input type="checkbox"/> Opta por no divulgar <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Estado Civil</b> <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						
<b>Vive en seccion 8 o en comunidad publica?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
<b>Idioma preferido:</b>		<b>Raza (marque todo lo que corresponda):</b>		<b>Etnicidad:</b>		
<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		
<b>Trabajador Agrícola Migrante o Estacional:</b>			<b>Veterano Militar:</b>		<b>Estado de Personas sin Hogar:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> , trabajador agrícola migrante (se muda temporalmente por trabajo) <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> , trabajador estacional / cuidado del césped / trabajador agrícola (trabaja durante la temporada) <input type="checkbox"/> <b>No</b> , no es un trabajador migratorio o estacional			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Con Hogar <input type="checkbox"/> Sin Hogar	
<b>Farmacia Preferida</b>						
<input type="checkbox"/> Farmacia FHC  <input type="checkbox"/> Otra: _____  Ubicación: _____						



**Contacto de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Relación:  Cónyuge  Padre  Hijo  Otro: \_\_\_\_\_

Yo autorizo que compartan la siguiente información con mi contacto de emergencia:

( ) **Información Completa** ( ) Día/Hora de la Cita ( ) Rayos X ( ) Expediente Médico ( ) Información Financiera

( ) Información de Identificación Personal ( ) Información de Aseguración ( ) Otro: \_\_\_\_\_

**Tratamiento y Autorización de Pago**

<b>Información Del Garante / Parte Financieramente Responsable</b> (si el garante es el mismo que el paciente, no complete el resto de esta sección)				
<b>Nombre Completo del Garante</b>	<b>Fecha de Nacimiento del Garante</b>	<b>Garante SSN</b>		
<b>Relación con el Paciente</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Número de Teléfono Principal del Garante</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	<b>Número de Teléfono Secundario del Garante</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			

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 \_\_\_\_\_

**Reconocimiento del Paciente de los Servicios de Interpretación**

Yo reconozco que toda la información fue completada por mi misma(o) o guardian por medio de un servicio de interpretación.

Firma del Paciente/Garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Aviso de Prácticas de Privacidad, 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*