

# Establecido Forma de Registro del Paciente



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

Family Medicine Health Center (FMHC) es un centro de salud federalmente calificado y recibe fondos federales de conformidad con la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública. Estamos obligados a recopilar información sobre la edad, el género, la raza, la orientación sexual, el ingreso y tamaño de la familia únicamente con fines estadísticos. No hay información individual que se presentó.

## ESTABLECIDO INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	M.I.:	Fecha de Nacimiento: / /
Tamaño de la Familia (incluido usted):	Ingreso Anual del Hogar:	Estado de Vivienda:	
Trabajadores Agrícola: Alguien de su familia ha trabajado en la agricultura (campos, huertas, etc.) en los últimos 2 años? Si es que sí, esa persona trabajó por menos de 12 meses al año? Si es que sí, esa persona tenía que mover de un lugar a otro para el trabajo? ¿Hay alguien en su hogar que se ha retirado de trabajo agrícola?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dueño (a) <input type="checkbox"/> Quedar con familia/amigos <input type="checkbox"/> Alquilar (rentar) <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Transicional	

Para cada declaración, dígame si la declaración fue "a menudo cierta, a veces cierta o nunca verdadera" para su hogar:

A. "En los últimos 12 meses nos preocupaba que nuestra comida se terminara antes de que tuviéramos dinero para comprar más".

① Frecuentemente cierto ② A veces cierto ③ nunca cierto ④ no lo sé, o niego responder

B. En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos se nos terminaba y no teníamos dinero para obtener más".

① Frecuentemente cierto ② A veces cierto ③ nunca cierto ④ no lo sé, o niego responder

## EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Amigo o Pariente Local:(no vive en la misma dirección)	Relación con el Paciente:	Número de Teléfono:	Número de teléfono alternativo:
---	---------------------------	---------------------	---------------------------------

## AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo FMHC facturar directamente a mi compañía de seguros y también autorizo a cualquier tercer pagador a través del cual ya tengo los beneficios de hacer el pago directamente a FMHC. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Family Medicine Health Center o compañía de seguros de usar y revelar información de la salud con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de beneficios del seguro. Los servicios prestados por compañías externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas compañías.

X

Firma del Paciente/ Guardián

X

Fecha

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA | FIRMA ARCHIVADO

Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los cargos médicos incurridos en mi nombre en el Family Medicine Health Center, incluyendo los cargos que no son pagados en su totalidad por mi seguro, los beneficios del programa de gobierno, u otros terceros pagadores. También estoy de acuerdo de pagar o reembolsar a FMHC de todos los gastos en que pueda incurrir en la percepción de tales cantidades, incluyendo, pero no limitado a, honorarios de abogados y gastos de recaudación. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

X

Firma del Paciente

X

Fecha

Si el paciente no es la persona que firma:

El paciente es menor de 18 años de edad y considerado menor de edad  El paciente está física o mentalmente incompetente  Otro:

X

Firma del Paciente/ Guardián

Relación con el Paciente:

X

Fecha

X

Firma del Testigo

X

Fecha

## NOTA: PACIENTE CON SEGURO DE MEDICARE NECESITAN FIRMAR LA PROXIMA HOJA

**Autorización de Medigap / Medicare:** Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare / Medigap hacerse ya sea para mí o en mi nombre a la Family Medicine Health Center para cualquiera de los servicios proporcionados por mi departe de FMHC. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración de la Seguridad Social y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Nombre del Beneficiario

Número de Póliza de Medicare

X

Firma del Paciente / Guardián

X

Fecha

## MEDICARE SECUNDARIA

- Medicare Secundaria Trabajo Ancianos beneficiario o cónyuge con Grupo de Empresas del Plan de Salud
- Medicare Secundaria Beneficiario de discapacitados menores de 65 años con el gran grupo del Plan de Salud (LGHP)
- Medicare Secundaria, Otros seguro de responsabilidad civil Primaria
- Medicare Secundaria, Sin-Culpa de Seguros incluyendo Auto es Primaria
- Medicare Secundaria Compensación a los Trabajadores
- Medicare Secundaria Administración de Veteranos
- Medicare Secundaria enfermedad renal terminal beneficiario en los 12 meses con un período de coordinación empresarial del plan de salud de grupo
- Medicare Secundaria Servicio de Salud Pública (PHS) o de otra agencia federal
- Medicare secundaria Pulmón Negro