



# FORMULARIO DE REGISTRACION DEL PACIENTE

3706 North Roosevelt Boulevard | Suite C | Key West, Florida 33040-4566

Apellido	Nombre	Inicial	Apodo
Fecha de Nacimiento	Sexo Cuando Nacio <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Declinado	Direccion	Ciudad Estado Codigo Postal
Telefono	Celular	Cual es su estado matrimonial? <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Conviviendo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Seguro Social	Correo Electronico	Farmacia Preferida	

## INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre/Apellido	Empleador	Seguro Social #
Direccion	Ciudad	Estado Codigo Postal
Fecha de Nacimiento	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero de Telefono
		Relacion de Paciente

## SEGURO MEDICO

Seguro	Empleador
Nombre/Apellido del Titular de la Poliza	Fecha de Nacimiento P# Titular de la Poliza SS#

## INFORMACION DE FINANCIACION DEL CENTRO DE SALUD

Para continuar con los servicios que ofrecemos aqui en RHN u continuar recibiendo fondos de la subvencion, debemos recopilar la siguiente informacion en cada visita a nuestras instalaciones. Esta informacion se forma como un numero acumulativo y no se informa en pacientes individuales.

<b>Cual es el ingreso anual de su hogar?</b> <input type="checkbox"/> <\$10,000 <input type="checkbox"/> \$30,000-49,999 <input type="checkbox"/> \$10,000-14,999 <input type="checkbox"/> \$50,000-79,999 <input type="checkbox"/> \$15,000-19,999 <input type="checkbox"/> \$80,000 -99,999 <input type="checkbox"/> \$20,000-29,999 <input type="checkbox"/> \$100,000+	<b>Estado de Veterano:</b> <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No Veterano	<b>Estado sin Hogar:</b> <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Hogar Transitorio
<b>Cuántas personas en su familia?</b> (Usted, conyugue y niños menores de 18 años) _	<b>Estado Agricola en los Últimos 3 Años:</b> <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> No	<b>Estado de Estudiante:</b> <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Parcial
<b>Estado de Trabajo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Disabilitado <b>Nombre/Direccion Empleador:</b>	<b>Grupo(s) Raciales:</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Caucasico/Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Native American/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Pacific Islander	<b>Referencia:</b> <input type="checkbox"/> Billboard <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Hospital/Clinic <input type="checkbox"/> Internet Search
<b>Idioma Preferido:</b> <hr/> <b>Necesita Interprete?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Latina <input type="checkbox"/> Non-Hispano/Latino/Latina	<b>Piensa que usted es?</b> **Solamente mayores de 12 años <input type="checkbox"/> Lesbiana, or homosexual <input type="checkbox"/> Eterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> diferente <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> No Revelar
		<b>Que pronombres?</b> *Solamente mayores de 12 años <input type="checkbox"/> El/Ella <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas

## INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia	Relacion con el Paciente	Telefono
------------------------	--------------------------	----------



# FORMULARIO DE REGISTRACION DEL PACIENTE

3706 North Roosevelt Boulevard | Suite C | Key West, Florida 33040-4566

## CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO:

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para procedimientos de diagnóstico, pruebas y tratamiento médico, planificación familiar, métodos anticonceptivos e inmunizaciones, según lo considere conveniente el personal profesional de Rural Health Network (RHN).

Soy consciente de que un médico o un enfermero practicante pueden proporcionar la atención médica. Los servicios serán para mi mejor interés, o para el mejor interés de mi hijo o cargo legal. Entiendo que este consentimiento para el tratamiento estará en vigencia siempre que sea visto en Rural Health Network (RHN). Puedo cancelar este consentimiento por escrito.

Doy mi consentimiento para ser contactado por correo ordinario, por correo electrónico o por teléfono (incluido un número de teléfono celular) con respecto a cualquier asunto relacionado con mi cuenta por el consultorio o cualquier entidad a la que el hospital asigne mi cuenta. También doy mi consentimiento para el uso de cualquier información de contacto actualizada o adicional que pueda proporcionar por el consultorio o cualquier entidad a la que el consultorio asigne mi cuenta, así como también por el uso de tecnología que incluye marcado automático y / o mensajes pregrabados en contactarme.

Firma: X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padres/ Firma del guardian Legal (Circule una) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor escriba su nombre completo y la relacion con el paciente si el paciente no puede firmar este documento.**

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION PARA LA PUBLICACION DE REGISTROS MEDICOS/ REFERENCIAS Y ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Autorizo a RHN a divulgar información médica / social a personas o agencias directamente interesadas y comprometidas en llevar a cabo un plan de tratamiento para el paciente. Además, RHN puede usar y divulgar cualquier parte de mis registros médicos necesarios para el proceso de facturación a terceros pagadores por los servicios prestados en mi nombre. Entiendo claramente que toda mi información se mantendrá confidencial. Entiendo que esta información se utilizará para revisar, investigar o realizar un pago de un reclamo, y para revisar registros de iniciativas de mejora de la calidad, cumplimiento de auditorías, gestión de utilización y resolución de quejas.

Autorizo el pago directamente a Rural Health Network (RHN) o todos los beneficios médicos que de otro modo se me pagarían según los términos de mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los copagos, co-seguros, deducibles y servicios no cubiertos. Los pagos en exceso en cualquier cuenta de Rural Health Network (RHN) pueden aplicarse al saldo de mi paciente. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original.

Firma: X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padres/ Firma del guardian Legal (Circule una) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor escriba su nombre completo y la relacion con el paciente si el paciente no puede firmar este documento.**

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA DESIGNADA:

Entiendo que las personas identificadas a continuación serán tratadas por Rural Health Network (RHN) como personas involucradas directamente en mi cuidado o el cuidado de mi hijo, y como tal RHN podrá divulgar la información de salud personal del paciente a estos individuos con el propósito de tratamiento que incluye hacer citas, traer a un niño menor para recibir tratamiento médico y todas las demás funciones normalmente asociadas con la atención individual del paciente, el pago y las operaciones de atención médica.

Nombre de Persona Designada: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Designada: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

*Me niego a proporcionar un contacto designado de información médica protegida para mí o mi hijo en este momento.*

Firma de Paciente/Padre/Guardian Legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE REGISTRACION DEL PACIENTE

3706 North Roosevelt Boulevard | Suite C | Key West, Florida 33040-4566

## **COMO PACIENTE, ACEPTO LO SIGUIENTE:**

- Estoy de acuerdo en tratar al personal y a los clientes de RHN con dignidad y respeto.
- Llegare a mi cita a tiempo.
- Cancelare las citas al menos 2 horas antes o se considera un “NO SHOW”. Repetir “NO SHOW” podria ocasionarle la perdida de privilegios para programar citas futuras segun nuestra politica..
- Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tenga sobre mi atencion a traves de RHN.
- Puedo solicitar una copia de todos los documentos de autorizacion, como el Aviso de Practicas de Privacidad (HIPAA), las responsabilidades del paciente y las responsabilidades y deberes de RHN..
- Entiendo y estoy consciente de que no se puede dejar a los niños en el área de espera mientras estoy en tratamiento y debo reprogramar mi cita si no tengo la supervisión/ cuidado apropiado para los niños.

Firma: X \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Padres/ Firma del guardian Legal (Circule una)

\_\_\_\_\_ Fecha

**Por favor escriba su nombre completo y la relacion con el paciente si el paciente no puede firmar este documento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Relacion