

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

¿Ha usado alguna vez un apellido diferente? Si No *Si, ¿cuándo y que nombre? _____

Dirección (domicilio) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono primario: Casa Trabajo Celular _____

Teléfono secundario: Casa Trabajo Celular _____

¿Quién es su proveedor primario de atención médica?

Proveedor médico de Scenic Bluffs _____

Otro _____

Nombre de la clínica medica _____

¿Quién es su proveedor primario de atención dental?

Dentista de Scenic Bluffs _____

Otro _____

Nombre de la clínica dental _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Identidad de género: Hombre Mujer Transgénero masculino Transgénero femenino Otro Elijo no divulgarlo

El paciente es: Casado/a Soltero/a Separado/a Viudo/a Divorciado/a

Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Ninguno

¿El paciente está trabajando? SI No

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador, ciudad, estado, código postal _____

Número de teléfono: _____

¿El paciente es estudiante? SI NO

En caso afirmativo: Tiempo completo Medio tiempo

INFORMACIÓN DE FACTURACION- ¿Quién es responsable de pagar las facturas del paciente?

Paciente Otro

Si la persona responsable de pagar la factura(s) es diferente al paciente: → *llene abajo*

Relación con el paciente:

Esposa/o Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor padre temporal Poder notarial (POA)

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección (domicilio): _____

CONTINUE AL REVERSO →

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre del empleador: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección del empleador, Ciudad, Estado, Código postal: _____

¿El paciente está cubierto con un seguro? Si No **Por favor presente su tarjeta de seguro al personal de recepción.**

Sin la información exacta del seguro médico, Scenic Bluffs no puede enviar cobros exactos en su nombre; y a usted, o a la persona financieramente responsable por los pagos de las facturas (biles) del paciente, se le hará un estado de cuenta de todos los servicios proveídos durante la visita del paciente. Si usted no tiene seguro médico nosotros ofrecemos una tarifa con diferentes niveles de descuento que se basa en su ingreso llamado el Plan de Vecino Sano (HNP).

Nosotros ofrecemos el Plan de Vecino Sano (HNP), es una escala de descuento para quienes califican. Llene la solicitud correspondiente para inscribirse. Ya estoy inscrito

Correo electrónico: _____

Raza: Blanco Asiático Negro/Afroamericano Indio Americano Indígena/nativo de Alaska Otra _____

Origen étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿En cuál idioma se le puede servir mejor al paciente? Inglés Español Otro _____

¿Qué farmacia usa?

Farmacia de Scenic Bluffs

Otra-Nombre/Ubicación de la farmacia _____

¿Usted entiende inglés? SI NO

En caso negativo: ¿Usted necesita un intérprete? SI NO

En caso negativo: ¿Qué idioma prefiere? _____

¿El/la paciente es veterano/a? SI NO

¿El/la paciente es Amish? SI NO

¿El/la paciente está sin hogar? SI NO

¿Vivienda de gobierno? SI NO

Necesidades especiales: SI NO

En caso afirmativo, elija uno: Discapacidad de visión Discapacidad auditiva Problemas cognitivos Otro

Identidad sexual: Heterosexual Lesbiana o gay Bisexual Otro No lo sé Elijo no divulgarlo

¿Hay alguien además del paciente que toma decisiones del cuidado de su salud? Sí → *llene abajo* ↓

¿Es usted familiar del paciente? SI NO ¿Relación? _____

¿Es usted un padre temporal/tutor legal? SI NO Si es tutor, por favor provea documentación.

Nombre completo del tutor legal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección (domicilio): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de Teléfono: _____

¿Algún otro padre/tutor legal? SI NO **¿Relación?** _____

Padre/tutor Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección (domicilio) (si es diferente del de arriba): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de Teléfono: _____