

REGISTRO DE PACIENTE



INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Apellidos: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Dirección Postal: _____ Dirección Física: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Estado Civil: S M D W
SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre Previo(s): _____
Número de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Correo electrónico: _____ ¿Necesita servicios de interpretación? Si _____
¿Le gustaría registrarse en My Horizon Chart? Si No

RESPONSABLE (¿Quién es responsable del pago de los servicios?) Lo mismo arriba

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO MÉDICO e INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre de la compañía de seguros: _____ No Seguro
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Relación con el paciente: _____ Farmacia: _____ Ciudad de Farmacia: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR (Se utiliza para informes gubernamentales y para determinar la elegibilidad para descuentos de facturación).

¿Cuál es el ingreso bruto de su hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

COMUNICACIÓN PERMITIDA

Hogar Celular Trabajo

¿Tiene alguna preferencia sobre cómo recibir comunicaciones de atención médica de Horizon? (Círculo uno a continuación) **Mensaje de texto** **O** **Mensaje de voz**

Para divulgar o discutir cualquier información de salud personal con su familia o persona designada, debemos tener un consentimiento firmado en el archivo que permita a Horizon Health Care compartir información sobre su atención en nuestra oficina. Por favor, indique los nombres de aquellas personas que le gustaría que participaran en su atención médica. Esta información se puede cambiar o revocar en cualquier momento con su permiso.

Nombre: _____ Relación: _____ Número Tel: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número Tel: _____

Autorizo a Horizon Health Care a compartir información relacionada con mi salud con las personas enumeradas.

Me niego a que mi información médica se comparta con mi familia o persona designada.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (Por favor indique padre, tutor, cónyuge, amigo, etc.)

En caso de emergencia, Horizon se comunicará con las personas que se enumeran a continuación para informarles sobre su ubicación y condición general.

Nombre: _____ Relación: _____ Número Tel: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número Tel: _____

El Gobierno Federal solicita la siguiente información para supervisar el cumplimiento de las leyes federales que prohíben la discriminación. No es necesario que proporcione esta información, pero se le recomienda que lo.

Raza (Seleccione todo lo que corresponda)

- Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska Negro/Afro Americano Indio Asiático
 Oriental Filipino Japones Coreano Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
 Samoa Vietnamita Guameño o Chamorro Elige no Revelar

Etnia (Seleccione una)

- Origen hispano/Latino o Español Origen no hispano/latino o español Mexicano
 Mexicano Americano Chicano Puertorriqueño Cubano Elige No Revelar

¿Es usted: trabajador migrante? Si No ¿Trabajador temporal? Si No Veterano? Si No

¿Estás sin hogar? Si No En caso afirmativo, describa su situación de vivienda: Refugio o

- Las Calles Duplicar Vivienda de apoyo permanente Transicional Otro Desconocido

Horizon es consciente de que cada paciente tiene un conjunto único de necesidades de salud. Creemos que es importante respetar la elección de un individuo sobre cómo identificarse. Las siguientes preguntas son voluntarias para completar.

Sexo al Nacer: Masculino Femenina

Identidad de género actual: Masculino Femenina Hombre transgénero/mujer a hombre Otro
 Mujer transgénero/hombre a mujer Desconocido Elige no revelar

Orientación sexual: Heterosexual/heterosexual Bisexual Lesbiana o Homosexual
 Otro Nose Desconozco Elige No revelar

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios del pagador

Acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos relacionados con los servicios proporcionados por Horizon Health Care (HHC). Acepto que HHC facturará y proporcionará la información de salud necesaria a cualquier Pagador. "Pagadores" son cualquier seguro de atención médica, plan de salud privado o gubernamental, o póliza de seguro que tenga yo u otro tercero que pagará los cargos en los que he incurrido. Doy mi autorización para que HHC presente un reclamo y solicitud de pago directo de beneficios a HHC.

Consentimiento para el tratamiento

Doy mi consentimiento para exámenes, tratamientos, pruebas de diagnóstico y medicamentos que cualquier proveedor de HHC considere necesarios para mi salud o la de mi hijo. Reconozco que no se me han ofrecido garantías y soy consciente de que tengo derecho a hacerle preguntas a mi proveedor o enfermera sobre mi tratamiento o examen. Autorizo a HHC a divulgar mi información confidencial únicamente para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Doy mi consentimiento para la supervisión y evaluación de la salud, las vacunas y la divulgación de información según se indica al distrito escolar.

Aviso de prácticas de privacidad y política de ausencia/retraso

Me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad y la Política de ausencia/tarde de esta oficina.

Autorización

Firma del paciente o persona autorizada

Nombre Letra Molde

Fecha

Relación con el paciente (si el paciente no firma)