

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

(POR FAVOR ESCRIBA)

South of Market Health Center

Sitio [] 7th St [] LoPrest [] Clementina

[] Bayview [] Otro _____

[] Medico/Dental [] Solo Dental

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido :	Nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srita. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra.	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Numero de Seguro Social :	Idioma preferido :	Fecha de nacimiento:	Edad:	E-mail:		
Dirección residencia/P.O. Box:		Ciudad:	Estado:	ZIP/Código Postal :		
Teléfono residencial: ()		Teléfono Celular: ()				
Genero/Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero (M/F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F/M) <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido <input type="checkbox"/> Decide no revelar		Orientación Sexual : <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Hetero sexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Decide no revelar				
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otras razas isleñas de Oceanía <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Decide no revelar	Origen étnico : <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vive usted en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esta usted sin hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, favor de marcar ✓ la casilla correspondiente →	<input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Habitación doble <input type="checkbox"/> En transición <input type="checkbox"/> Otra situación <input type="checkbox"/> Situación desconocida	Tiene un testamento vital-Directiva Anticipada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene una copia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tamaño de Familia:	Ingresos Mensuales: \$	Descuento %:	Fuente de Ingreso: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> SSI/Incapacidad <input type="checkbox"/> Ingresos por incapacidad negado <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimento)			
Usted debe proporcionar prueba de ingresos dentro de 30 días.						
Ocupación:	Empleador:	Teléfono de trabajo:		()		

INFORMACIÓN DE SEGURO (favor de mostrar la tarjeta de su seguro al oficinista)

Persona responsable de su cuenta:	Dirección (si es diferente):	Fecha de nacimiento:	Teléfono Residencial: ()		
Es esta persona un paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Esta el paciente cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Ocupación:	Número de teléfono del empleador:	Nombre del empleador:	Dirección del empleado:		
Indique Seguro Primario:	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Tercera Persona	<input type="checkbox"/> Pagar yo mismo	<input type="checkbox"/> Otra forma
Nombre del Subscritor:	#SS del Subscritor:	Fecha de nacimiento:	# Grupo:	#Póliza:	Co-Pago: \$
Cómo es esta persona relacionado con el paciente? <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otra forma Por favor liste:					
Nombre de seguro secundario (si es aplicable):					
Nombre del Subscritor:	#SS del Subscritor:	Fecha de nacimiento:	# Grupo:	#Póliza:	Co-Pago: \$
Cómo es esta persona relacionado con el paciente? <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otra forma Por favor liste:					

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo local o pariente:	Relación al paciente:	Teléfono: ()	Teléfono de trabajo: ()
-----------------------------------	-----------------------	---------------	--------------------------

La información Precedente es verdad para lo mejor de mi conocimiento:

Solicito que SFMCOIP/South of Market Health Center provea a mí y/o mi hijo con la asistencia médica. Reconozco mi responsabilidad de pagar por esa atención según las tarifas establecidas. Por otra parte, autorizo la asignación de beneficios de medical/servicios dentales a pagarse a SMHC. Entiendo que puede ser elegible para recibir un descuento en los servicios proporcionados por SMHC. Sólo los servicios que son médicamente necesarios y pedidos por el personal SMHC son cubiertos según este programa. Para aquellos servicios no cubiertos por este acuerdo, SFMCOIP la Facturación del Personal proporcionará la ayuda a mí para hacer preparativos del pago.

X _____ Firma del paciente o padre/tutor	_____
Relación al paciente: _____	Fecha _____