

COMMUNITY HEALTH CENTERS OF SOUTH CENTRAL TEXAS, INC. REGISTRATION FORM

(FAVOR IMPRIMIR Y LLENAR COMPLETAMENTE)

Fecha:		Account No.		PCP:		
INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido del paciente:		Nombre:	Inicial: <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Señorita		Estado Civil: (X Marque uno) Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no, cual es su nombre legal?		Empleador: _____ Idioma: _____	Fecha de Nac.:	Edad:	
					Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección:			Numero de Seguro Social:		Teléfono de la casa: ()	
Apartado Postal P.O. Box:		Ciudad:	Condado:	Estado:	Zona Postal:	
Estado Sin Hogar: <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Doblar <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Con Hogar		Estado de Trabajo: <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Emigrante <input type="checkbox"/> NA Asistencia de Vivienda Pu•blica: <input type="checkbox"/> Si• <input type="checkbox"/> No Veterano: <input type="checkbox"/> Si• <input type="checkbox"/> No Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si• <input type="checkbox"/> No		Residente de Texas: (SI) (No)		Necesita Interprete? (Si) (No)
Como supo de esta clínica/Referido por: (X Marque uno):			<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Feria de salud			
<input type="checkbox"/> Sitio de web (www.CHCSCT.com) <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Otro _____						
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro/ Africano Americano <input type="checkbox"/> Cauca•sico <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativos Americanos <input type="checkbox"/> Asia-Pacifico americano <input type="checkbox"/> Subcontinente asia•tico-americanos <input type="checkbox"/> Ma•s de una raza <input type="checkbox"/> Otra raza						
Origen e•tnico: <input type="checkbox"/> Hispano/ILatino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido / No quiere reportar						
INFORMACION DE SEGUROS						
(Favor darle su tarjeta de Seguros a la recepcionista.)						
Persona responsable:		Fecha de Nac.:	Dirección (si es diferente):		Teléfono de la Casa: ()	
Es esta persona paciente del Centro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Ocupación :	Empleador:	Dirección del Trabajo:		Teléfono del Trabajo: ()		
Esta este paciente cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Favor Indique el Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otro						
<input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Inicio:		Fecha de Expiración:		
Nombre del Asegurado:		Numero de Seguro Social:	Fecha de Nac.:	No. De Grupo:	No. De Póliza:	
					Co-pago: \$	
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro						
Nombre del Seguro Secundario (Si aplica):		Nombre del Asegurado:		No. Del Grupo:	No. De Póliza:	
EN CASO DE EMERGENCIA						
Nombre de amigo o pariente cercano (que no viva en al misma dirección):			Relación con el paciente:	Numero de Teléfono: (debe ser diferente de los de arriba) ()	Teléfono del trabajo: ()	

INFORMACION DE LA FAMILIA

Liste todas las personas que viven con usted (incluyéndose a usted)

Nombre	Fecha de Nac.	Relación con el paciente	Mas alto Nivel de Educación	Lenguaje que prefiere hablar

Información de Ingresos: Usted puede calificar para un descuento. Si a usted le gustaría ser considerado para este descuento, nosotros necesitamos información de sus ingresos. Usted necesita traer prueba de ingresos tales como la forma W-2, talonarios de cheques, o comprobantes de pagos. Toda esta información es confidencial.

Favor enumerar gastos por manutencion infantil: _____

Nombre de la Persona	Ingresos
	\$
	\$
	\$

Ingreso Total al Año	\$
-----------------------------	-----------

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:	Identificación ha sido verificada: SI ___ No ___
Income Verification: ___ W2/Income tax return ___ Talonario de Cheque ___ Letter of Support ___ Other	
Financial Class: _____	%Pay: ___0% ___25% ___50% ___75% ___100%

Yo deseo ser contactado de la siguiente forma. Esta autorización queda en efecto hasta que yo haga el cambio por escrito. *(Marque todo lo que aplica):*

Contacto por Teléfono:	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje con información detallada	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el numero de teléfono solamente	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje en la maquina contestadota
Contacto por Escrito:	<input type="checkbox"/> Enviar por correo a la dirección de la casa	<input type="checkbox"/> Enviar por correo a la dirección del trabajo	<input type="checkbox"/> Enviar Vía Fax No. _____ <input type="checkbox"/> Enviar Vía E-Mail Dirección: _____

Certifico que esta información es verídica y completa. Yo soy responsable por el pago completo de los servicios médicos que no están cubiertos por la compañía de seguros. Yo autorizo a **Community Health Centers of South Central Texas, Inc.** O la **compañía de seguros** a usar cualquier información necesaria para procesar mis cargos.

<i>Paciente/Padres/Persona Autorizada Legalmente</i>	<i>Fecha</i>
<i>Staff Signature</i>	<i>Date</i>