



Registro de pacientes nuevos

Información actual del paciente – Por favor imprima

Apellido: _____

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico del paciente: _____

Método de contacto preferido: _____

Sexo al nacer: _____ Actual: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nº de Seguro Social: _____

Idioma: _____

Necesidades especiales de comunicación (problemas de audición, pérdida de la visión, etc.): _____

Raza: _____

Etnia: _____

Estado Civil: _____

Empleador: _____

Farmacia preferida: _____

Información del garante (parte responsable del pago a cuenta)

Nombre: _____

Dirección: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

N.º de Seguro Social: _____

Teléfono: _____

Información de seguros

Nombre del plan de seguro: _____

N.º de Póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Relación con el paciente: _____

Información de contacto de emergencia

Apruebo que los siguientes contactos tengan acceso a mi información médica privada en su totalidad, a menos que se especifique por escrito a continuación.

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Contactos adicionales

Apruebo que los siguientes contactos tengan acceso a mi información médica privada en su totalidad, a menos que se especifique por escrito a continuación.

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Registro en el portal en línea

- Sí, le doy autorización a Hometown Family Health para establecer un portal en línea para mí o para mi hijo de 0 a 11 años.
- No, no me gustaría tener una cuenta de portal configurada en este momento



RECONOCIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente: _____

- He leído la Política de Reconocimiento y Consentimiento para Hometown Family Health (que se encuentra en nuestro sitio web www.hometownfamilyhealth.org o copia impresa disponible del personal). Solicito, acepto y doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento de mí mismo y / o niño (s) o dependiente como se establece anteriormente, incluidos los estudios o procedimientos que se consideren necesarios / apropiados para el diagnóstico o tratamiento adecuado por parte del personal de Hometown Family Health

Firmado: _____

Fecha: _____

- He leído y entiendo la HIPAA / Política de privacidad para Hometown Family Health (que se encuentra en nuestro sitio web www.hometownfamilyhealth.org o copia impresa disponible del personal)

Firmado: _____

Fecha: _____

- Por la presente, asigno mis beneficios de seguro para que se paguen directamente a Hometown Family Health

Firmado: _____

Fecha: _____

- Autorizo a Hometown Family Health a divulgar la información médica requerida para procesar mi reclamo con mi seguro

Firmado: _____

Fecha: _____

- He leído y entiendo la Política Financiera para Hometown Family Health (que se encuentra en nuestro sitio web www.hometownfamilyhealth.org o copia impresa disponible del personal)

Firmado: _____

Fecha: _____

- Autorizo a Hometown Family Health a obtener/tener acceso a mi historial de medicamentos

Firmado: _____

Fecha: _____

- Autorizo a la oficina de mi proveedor a contactarme por teléfono móvil a través de un mensaje de texto o llamada

Firmado: _____

Fecha: _____