



## 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](http://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. Reconozco y doy mi consentimiento para el uso de tecnología de escritura de IA para ayudar a estos servicios.

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](http://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](http://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: \_\_\_\_\_