



BETANCES HEALTH CENTER
Centro de Salud Betances

Formulario de Registracion de Paciente

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre _Iniciales:	Nombre Preferido:									
Fecha de Nacimiento:		Edad:	Numero de Seguro Social:		Lenguaje preferido:									
Dirección:				# de Teléfono de la casa:										
				# del Celular:										
Ciudad:	estado:	Codigo Postal:		Correo Electrónico:										
Si el paciente es menor de 18 año, por favor proporcione la información del guardián:														
Apellido:		Nombre:		Relacion con el paciente :										
Dirección:				# de Teléfono de la casa:										
				# del Celular:										
Ciudad:	estado:	Codigo Postal:		Correo Electrónico:										
Le gustaría tener acceso a su record medico a través del internet/Portal del paciente?				<input type="checkbox"/>	Si, correo electrónico provisto arriba									
				<input type="checkbox"/>	No									
Genero asignado al nacer: (Escoja una)			Estado Civil: (Escoja una)											
<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>	Viudo	
Genero con el cual se identifica: (Escoja una)						orientación sexual: (Escoja una)								
<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>	Lesbiana/Homosexual	<input type="checkbox"/>	Heterosexual	<input type="checkbox"/>	Ambiguo	<input type="checkbox"/>	Algo más	<input type="checkbox"/>	No Sé	
<input type="checkbox"/>	Transgenero Masculino (Female – to – Male)	<input type="checkbox"/>	Transgenero Femenino (Male – to – Female)	<input type="checkbox"/>	Escoger no Divulgar		<input type="checkbox"/>	Escoger no Divulgar		<input type="checkbox"/>	Escoger no Divulgar			
<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Escoger no Divulgar		<input type="checkbox"/>	Escoger no Divulgar		<input type="checkbox"/>	Escoger no Divulgar		<input type="checkbox"/>	Escoger no Divulgar		
<input type="checkbox"/>	Escoger no Divulgar													
Raza: (Escoja todo lo que Aplique)														
<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/>	Asiático		<input type="checkbox"/>	Negro o Africano Americano		<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawaii				
<input type="checkbox"/>	Otro Isleño del Pacifico		<input type="checkbox"/>	Blanco		<input type="checkbox"/>	No reportado/Rehúsa reportar la raza							
Etnia: (Escoja una)														
<input type="checkbox"/>	Hispano o Latino		<input type="checkbox"/>	No-Hispano o No-Latino				<input type="checkbox"/>	Rehúsa reportar Etnia					
Hay alguna persona que a usted le gustaría autorizar para traer el niño y discutir información del paciente y hacer decisiones clínicas por usted?												Si no tiene, chequear esta caja		<input type="checkbox"/>
Apellido:		Nombre:		Relación con el paciente:										
Apellido:		Nombre:		Relación con el paciente:										

Favor de voltear la hoja para completar el formulario de registraci3n												
Contacto en caso de emergencia, A qui3n podemos contactar?												
Apellido:			Nombre:			Relaci3n con el paciente:						
# de Tel3fono de la casa:					# del Celular:							
Informaci3n de su Farmacia preferida:								Si no tiene, chequear esta caja		<input type="checkbox"/>		
Nombre:					# de Tel3fono:							
Direcci3n:					# de la m3quina de Faxear:							
Informaci3n Financiera: <i>Betances es una organizaci3n federalmente financiada que debes obtener la situaci3n financiera de los pacientes para seguir recibiendo fondos. Favor de contestar todas las preguntas m3s abajo.</i>												
Es usted empleado? (<i>marque una</i>)			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Tiene Usted Seguro?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Es usted la cabeza de la familia? (<i>marque uno</i>)			<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	# de Dependientes (Incluy3ndolo a usted mismo como el primero)					
Cu3l es el ingreso de la casa?(Escriba adentro y Circule uno)		\$			Quincenal		Mensual		Anual			

Pol3tica Financiera:

Esta informaci3n es para proporcionar clarificaci3n a los pacientes del Centro de Salud Betances acerca de seguros, copago, deducibles, coaseguro y la cantidad que debes en el momento del servicio. El Centro de Salud Betances tienes la obligaci3n con varias aseguradoras de salud de aplicar cualquier deducible y/o coleccionar cualquier copago antes de proveer el servicio.

Copagos: Usted se le requerir3 pagar su copago al llegar a su cita.

Deducibles y Coaseguro: Se le preguntara durante la registraci3n o al despedirse por cualquier deducible o coaseguro que pueda ser aplicable a su visita a la oficina.

Deuda Anterior: Esperamos que usted provea un pago por deudas anteriores o por deudas enviadas a coleccion antes de su visita a la oficina. Si usted no puede pagar el total de su deuda, se le requerir3 hacer un plan de pagos. Usted puedes hacer su plan de pagos con nuestra oficina o contestar cualquier pregunta en relaci3n a su factura, comuníquese con nuestro departamento de facturaci3n al tel3fono 212-227-8401.

Para su conveniencia, Aceptamos la mayor3a de seguros as3 como dinero en efectivo, tarjetas de cr3dito, cheques y giro postal. Si tienes un seguro m3dico podemos mandar la factura al seguro m3dico para obtener el m3ximo beneficio permitido; mientras usted ser3 responsable del pago si su reclamo es rechazado. No se aceptan cheques personales para la primera visita. Un Cargo de \$30.00 por tarifa de manejo ser3 hecho por cheques devueltos. Los Pagos no recibidos dentro de los 90 dias ser3n enviados a coleccion.

Favor de Firmar el reconocimiento a continuaci3n:

Reconozco que la informaci3n anterior es verdadera y precisa la informaci3n demogr3fica para el paciente que aparece en este formulario de registro. Tamb3n reconozco que al firmar este Formulario, autorizo el pago de beneficios m3dicos al Doctor/Proveedor de servicios descripto. Tamb3n he le3do la m3s arriba pol3tica financiera y estoy de acuerdo con sus t3rminos.

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma de los Padres/Guardi3n: _____

Fecha: _____