

MRN: _____

Registro del Paciente

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Nuestra misión, en la tradición de las hermanas de San Jose de Orange, es mejorar la salud y el bienestar . . .de personas en las comunidades que servimos. Para registrarle en forma eficaz, haga el favor de completar todas las preguntas de este formulario

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Núm. de Seguro Social:			Fecha de nacimiento:		
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino–masculino a femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino-femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No se identifica/conforma con ningún género en específico			Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a			Raza (Escoja todo lo que aplique): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otro Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco		
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/ No-Latino					

Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Números telefónicos Móvil: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ Número preferido para contactarle: <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Si, regístreme para el portal del paciente		
Situación Laboral: <input type="checkbox"/> Incapacitado/a <input type="checkbox"/> Empleado de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado de Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente (por su cuenta)		Persona para contactar en caso de emergencia: Nombre: _____ Relación: _____ Núm. Telefónico _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

Complete este formulario si usted NO tiene seguro médico

Solicitud de Asistencia Financiera

Date Received:

Apellido:	Nombre:	MRN:
Domicilio:		New Patient <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Fuentes de Ingresos	Cantidades
Salario y pago (antes de las deducciones)	
Ingreso independiente (por su cuenta)	
Intereses y Dividendos	
Ingresos por bienes raíces	
Beneficios del Seguro Social	
Pensión alimenticia /manutención de los niños	
Desempleo /Incapacidad	
Otros	
Total	\$

Conteste las preguntas para cada miembro de su familia – (Debe poner en la lista a su cónyuge y los niños):

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Bienes (favor de calcular el valor y la deuda):

Bien	Valor	Deuda (monto que adeuda)
Casa (residencia principal)		
Otros bienes raices		
Vehículos de motor		
Cuentas bancarias e inversiones		
Planes de Jubilación		
Otros		
Total:		

¿Tiene algún gasto inusual, gastos grandes, tales como cuentas médicas, bancarrotas acuerdos o sentencias judiciales? De ser así, explique por favor el gasto y el monto por mes que se le requiere pagar:

Para reunir los requisitos y obtener descuentos en sus tarifas, debe presentar lo siguiente:

- Declaración de impuestos del año más reciente de cada persona que vive en el hogar (debe incluir los formularios W2s)
- Copias de tarjeta de seguro médico de cada persona en el hogar
- Comprobante de domicilio (Identificación gubernamental o una factura que le enviaron por correo a su domicilio)

Si no tiene una declaración de impuestos:

- Dos talones de pago reciente (que incluya el ingreso de seguro social, pensión alimenticia o pagos de manutención de niños) de toda persona que reciba ingreso en el hogar
- Dos estados de cuenta bancarios recientes para todos los que tengan una cuenta bancaria y vivan en el hogar

Doy fe que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que debo notificar a St. Jude Neighborhood Health Centers si cambiara el estado de mi seguro médico o ingresos.

Firma

Fecha

Rep: _____

Date Reviewed: _____