

Registro de pacientes

A través de nuestros centros religiosos, mejoramos la salud y el bienestar de las personas de bajos ingresos en las comunidades a las que servimos. Gracias por elegimos como su proveedor de atención médica. Para un registro eficiente, complete TODAS las preguntas del formulario. Si no aplica, marque N/A.

Apellido:		Primer nombre:	
Segundo nombre:		Otros nombres/Alias:	
No. de seguro social: - - <input type="checkbox"/> N/A		Fecha de nacimiento:	
Dirección postal:		Ciudad:	Estado: Zona Postal:
Correo electrónico:			
Número(s) de teléfono: (Marque el número preferido)			
<input type="checkbox"/> Casa: <input type="checkbox"/> Móvil: <input type="checkbox"/> Trabajo:			
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			Se necesita intérprete: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre			
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual (atraído exclusivamente a personas del otro sexo) <input type="checkbox"/> Bisexual			
<input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otro:			
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (de hombre a mujer)			
<input type="checkbox"/> Hombre Transgénero (de mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar <input type="checkbox"/> Otro:			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Pareja doméstica			
Sordo/Dificultad para oír: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Ciego/Baja visión: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Dificultad para hablar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Etnicidad (seleccione una):		Raza (elija todos los que correspondan):	
<input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano americano, chicano <input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen español <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> No sé		<input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> IndioAmericano/NativodeAlaska <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	
Estado laboral del paciente: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo			
<input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Trabaja Propio <input type="checkbox"/> Desempleado			
Religión:		¿Tiene seguro de salud?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Médico de atención primaria PCP:			

Nombre de compañía de seguro médico y numero de ID:	
Si es menor de 18 años, quién es financieramente responsable de usted (garante): Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre de mamá: _____ Nombre de papá: _____	Persona de contacto de emergencia: Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____ Dirección: _____ Zona postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Directrices anticipadas

¿Está interesado en recibir información sobre cómo establecer Directivas Anticipadas? Una Directiva Anticipada es un documento que explica sus deseos sobre el tratamiento médico, incluyendo un testamento vital, y se usa si no puede comunicar sus deseos a un doctor debido a una lesión o enfermedad. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Información de Datos de Subvención **St. Jude Neighborhood Health recibe subvenciones que apoyan nuestro trabajo. Las subvenciones requieren que recopilemos la siguiente información, por lo tanto, es obligatorio responderla.*

Tamaño del hogar (Incluyéndote a ti mismo, ¿cuántas personas viven en tu hogar que están relacionadas contigo por nacimiento, matrimonio o son declaradas como dependientes fiscales?):	
Salario mensual \$ _____	Otros ingresos mensuales: \$ _____
¿En algún momento de este año, se quedó en un refugio, vivienda temporal, en el sofá de un amigo o en la calle debido a la falta de vivienda? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tú o alguien de tu familia es trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Firme y feche este formulario y devuélvalo a la recepción. Gracias.

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Solicito y autorizo que St. Jude Neighborhood Health me proporcione servicios de salud. Entiendo que St. Jude Neighborhood Health puede usar y divulgar mi información como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. He revisado y acepto cumplir con el contrato de paciente de St. Jude Neighborhood Health. Reconozco que St. Jude Neighborhood Health recibe financiamiento de HHS y posee el estatus considerado por el Servicio de Salud Pública Federal, con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por negligencia médica, para sí mismo y para sus personas cubiertas. Entiendo que nunca se me negará la atención debido a la incapacidad de pago y que puedo calificar para tarifas reducidas según los ingresos de mi hogar. **Entiendo y acepto notificar a St. Jude Neighborhood Health si alguna de la información en este formulario cambia mientras estoy bajo su cuidado.**

Firma

Fecha

SOLO USO DE OFICINA:

Clinic Rep. Initials _____ Date Reviewed _____

Date recibida: _____

Evaluación Financiera (solo llene esta sección sí no tiene un seguro médico):

Apellido:	Nombre:	MRN:
------------------	----------------	-------------

Fuente de Ingresos	Cantidades
Sueldo y/o Salario (antes de deducciones)	
Ingresos por Trabajo Independiente	
Intereses y Dividendos	
Ingresos por alquiler de bienes raíces/arrendamiento	
Beneficios del Seguro Social	
Pensión alimenticia / Manutención de hijos	
Desempleo/Discapacidad	
Otros	
Total:	\$

Responde las preguntas para cada miembro de la familia – (Use N/A sí no aplica a usted):

Nombre:		Apellido:	
¿Esta persona desea ser considerada para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	# de Seguro Social: - -	
Relación con paciente:	Ingreso Mensual:	Fuente de ingresos/Empleador:	

Nombre:		Apellido:	
¿Esta persona desea ser considerada para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	# de Seguro Social: - -	
Relación con paciente:	Ingreso Mensual:	Fuente de ingresos/Empleador:	

Nombre:		Apellido:	
¿Esta persona desea ser considerada para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	# de Seguro Social: - -	
Relación con paciente:	Ingreso Mensual:	Fuente de ingresos/Empleador:	

Nombre:		Apellido:	
¿Esta persona desea ser considerada para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	# de Seguro Social: - -	
Relación con paciente:	Ingreso Mensual:	Fuente de ingresos/Empleador:	

Para poder calificar para las tarifas reducidas, debe agregar los siguientes comprobantes de ingresos:

- ☐ Declaración de Impuestos federales del año más reciente (debe incluir los formularios W2) de cada persona en su hogar.
- ☐ Copias de tarjeta de seguro médico de cada persona en el hogar.
- ☐ Comprobante de domicilio (Identificación del gobierno o factura enviada por correo a su domicilio).

Sí no tiene declaración de impuestos:

- ☐ Two recent paystubs (include any SSI, alimony, or child support payments) for anyone receiving income in the household
- ☐ Dos talones de pago recientes de cada persona que reciba un ingreso en el hogar (Incluyendo pagos del seguro social, pensión alimenticia o manutención de hijos).
- ☐ Dos estados de cuenta bancarios más recientes de cada persona en el hogar con una cuenta bancaria

Certifico que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que debo notificar a St. Jude Neighborhood Health si cambia mi estado de seguro o ingresos.

Firma

Fecha

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

Si no puede llevar a su hijo a su cita, la siguiente información se utilizará para permitir que un familiar o amigo acompañe a su hijo sin que usted esté presente.

Nosotros, los padres de _____, damos permiso a los siguientes adultos (deben tener 18 años de edad o más) para llevar a nuestro hijo a su cita en su establecimiento.

Se requerirá que la persona que lleve al niño el día de la cita muestre su identificación.

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Entiendo que si ninguno de los adultos mencionados anteriormente está disponible para llevar a mi hijo a su cita, necesitaré reprogramar la cita.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____