

### 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 elegirnos como su proveedor de atención médica. Para un registro eficiente, complete TODAS las preguntas del formulario. Si no aplica, marque N/A.

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

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si es menor de 18 años, quién es financieramente responsable de usted (garante):</b><br>Nombre: _____<br>Fecha de nacimiento: _____<br>Nombre de mamá: _____<br>Nombre de papá: _____ | <b>Persona de contacto de emergencia:</b><br>Nombre: _____<br>Relación: _____<br>Teléfono #: _____<br>Dirección: _____ Zona postal: _____<br>Ciudad: _____ Estado: _____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Directrices anticipadas

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Está interesado en recibir información sobre cómo establecer Directivas Anticipadas?</b><br>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.<br><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.*

|                                                                                                                                                                                                              |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>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?):</b>               |                                           |
| <b>Salario mensual \$</b> _____                                                                                                                                                                              | <b>Otros ingresos mensuales: \$</b> _____ |
| <b>¿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?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |                                           |
| <b>¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los EE.UU.?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                    |                                           |
| <b>¿Tú o alguien de tu familia es trabajador agrícola?</b> <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 si no tiene un seguro médico):

|                  |                |             |
|------------------|----------------|-------------|
| <b>Apellido:</b> | <b>Nombre:</b> | <b>MRN:</b> |
|------------------|----------------|-------------|

| 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                                                |            |
| <b>Total:</b>                                        | <b>\$</b>  |

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

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

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

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

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

**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: \_\_\_\_\_