

Información del paciente

Nombre del paciente	Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo nombre	Fecha de nacimiento
---------------------	----------	---------------	----------------------------	---------------------

Dirección del hogar	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
---------------------	-----------	-------	------------	--------	--------	---------------

Dirección postal	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	-----------	-------	------------	--------	--------	---------------

☐ Marque esta casilla y deje la dirección postal en blanco si es la misma que la dirección de su hogar.

Correo electrónico	¿Podemos contactarlo vía correo electrónico? (marque uno)	Si No
--------------------	---	---------

Teléfono de la residencia	() -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si No
---------------------------	-------	--	---------

Número de teléfono celular	() -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si No
		¿Podemos mandar un mensaje de texto? (marque uno)	Si No

Número de teléfono del trabajo	() -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si No
--------------------------------	-------	--	---------

Sexo: Femenino Masculino	Número de seguro social: - -
----------------------------	------------------------------

Nombre de la farmacia:

Información del seguro (Por favor copie esta información de su tarjeta de seguro)

☐ Marque esta casilla si el paciente no tiene seguro de salud

Seguro primario

Asegurador (Compañía)	ID del grupo	Copago por visita de oficina \$
-----------------------	--------------	------------------------------------

Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular
-------------------------------	---------------------------------

ID del asegurado (para el paciente)	Relación del titular con el paciente (marque uno) El mismo/ella misma Esposo/a Compañero/a Hijo/a Otro _____
-------------------------------------	---

Seguro secundario

Asegurador (Compañía)	ID del grupo	Copago por visita de oficina \$
-----------------------	--------------	------------------------------------

Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular
-------------------------------	---------------------------------

ID del asegurado (para el paciente)	Relación del titular con el paciente (marque uno) El mismo/ella misma Esposo/a Compañero/a Hijo/a Otro _____
-------------------------------------	---

Información del paciente (página 2)

Persona responsable

☐ Yo soy el paciente (Usted puede omitir esta sección; vaya a la sección de información adicional)
Si usted es el padre/ guardián legal o de alguna manera el responsable de autorizar el cuidado y pagar las cuentas del paciente nombrado arriba, por favor escriba su nombre e información de contacto abajo.

El paciente es mi (marque uno): Esposo/a | Compañero/a | Hijo/a | Otro _____

Nombre	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
--------	----------	---------------	---------------------	-------------------------

Dirección de correo	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
---------------------	-----------	-------	------------	--------	--------	---------------

Correo electrónico

Información adicional del PACIENTE

Por favor marque una opción para cada una de las preguntas abajo. A nosotros se nos exige hacer estas preguntas, pero usted puede omitir cualquier pregunta que no se sienta cómodo/a respondiendo.

¿Estado marital? Soltero/a | Casado/a | Unión libre | | Divorciado/a | Separado legalmente

¿Situación de empleo? Tiempo completo | Medio tiempo | No tiene empleo |Trabajador autónomo| Retirado | Militar activo | Estudiante

¿Raza? Indio americano/Nativo de Alaska | Negro o afroamericano | Blanco
Indio asiático | Chino | Filipino | Japonés | Coreano | Vietnamita | Otro asiático
Hawaiano nativo | Guameño o chamorro | Samoano | Otro isleño del Pacífico

¿Etnicidad? Mexicano, Mexicano Estadounidense, Chicano/a | Puertorriqueño | Cubano | Otro hispano, Latino/a | No Hispano, Latino/a

¿Es usted un veterano? Si | No ¿Lenguaje primario? Ingles | Español | Otro _____ ¿Necesita los servicios de un interprete? Si | No

¿Es su residencia parte del programa de “public housing”? Si | No Si respondió “sí”, ¿De cuál proyecto/urbanización? _____

¿Es usted una persona sin hogar? Si | No Si respondió “sí”, ¿cuál es su condición? Vive en la calle | Vive con amigos/otros
Hogar de transición | Refugio _____

¿Es su empleo principal en agricultura o en un trabajo por temporada (Trabajador en agricultura por temporada)? Si | No

¿Usted se muda(migra) durante el año por trabajo en agricultura (Migratory Agricultural Worker)? Si | No

¿Orientación sexual? Heterosexual | Lesbiana o Gay | Bisexual | Otro | No sé| Prefiero no responder

¿Identidad sexual? Masculino | Femenino | Trans-género/Femenino-a-Masculino | Trans-género/Masculino-a-Femenino | Otro | Prefiero no responder

Reconocimientos:

- 1) Yo doy mi consentimiento voluntariamente para recibir servicios en Christ Community Health Services Augusta (CCHSA siglas en ingles). Yo doy permiso a todos los proveedores de CCHSA (Salud Mental, Medicina Dental, Educación sobre Diabetes, Servicios para estudiantes y pasantes, Fisioterapia, etc.) de usar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que ellos consideren necesarios para el manejo y tratamiento apropiado médico/dental.
- 2) Yo asigno a CCHSA el pago de las reclamaciones en mi representación. Entiendo que algunos de los servicios que yo reciba puede que no estén cubiertos por mi administrador/tercero de reembolsos/pagos (Medicare, Medicaid, otro seguro), Y que yo soy responsable por pagar estas cantidades.
- 3) Yo entiendo que la totalidad del pago se espera antes de que yo reciba servicios en CCHSA. Esto incluye el pago de todas las cuentas de servicios, co-pagos y/o cantidades de coaseguro, con los descuentos basados en mi elegibilidad de descuentos de tarifas.
- 4) Yo entiendo que CCHSA no va a dar recetas médicas para narcóticos en la primera cita de un paciente. Yo también entiendo que los proveedores de CCHSA no garantizan la continuidad en recetas médicas de narcóticos.
- 5) Yo entiendo que CCHSA puede retirarme sus servicios como paciente con causa justificada, o si yo no uso los servicios de un proveedor de CCHSA en un periodo de tiempo de 3 años.
- 6) Entiendo que Christ Community es un sistema de atención médica integrada, lo que significa que todos los proveedores y médicos trabajan juntos para coordinar mi atención. Entiendo que todas mis notas de visita son parte de mi expediente médico. Esto significa que otros proveedores y médicos de Christ Community que me cuidan pueden tener acceso a esta información.
- 7) Algunos servicios de Christ Community Health pueden incluir el uso de equipos de telemedicina y la interacción con proveedores o médicos que no están físicamente en el lugar. Estos servicios se realizan a través de líneas seguras y no se graban en video, ni se enrutan a través de Internet ni se guardan de ningún modo.

Yo confirmo que toda la información proporcionada en este formulario de información del paciente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente o padre/madre/el guardián legal	NOMBRE EN LETRA IMPRENTA del paciente o padre/madre/el guardián legal	Fecha
--	---	-------