

# Departamento de Salud del Condado Riley Forma de Registro

(Registration Form)

<b>Nombre del Paciente</b>		<b>Inicial</b>	<b>Apellidos</b>		<b>Número de Seguro Social</b>	
					<b>Idioma Preferido:</b> ___ Inglés ___ Español ___ Otro _____	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Estado Civil:</b>		<b>Apellido de Soltera:</b>	
<b>Raza: (Escoja los que le apliquen)</b>				<b>Origen Étnico: (Elija solamente uno)</b>		
___ Indio Americano/Nativo de Alaska		___ Asiático		___ No Hispano		___ Puertorriqueño
___ Negro/Afro Americano		___ Nativo Hawaiano/Otro Islas Pacíficas		___ Mexicano		___ Cubano
___ Desconoce/No Reportado		___ Blanco		___ Otro/Desconoce		___ Sur Americano
<b>Dirección Actual:</b>				<b>Dirección Permanente/Cobros (Si es diferente de la Dirección Actual):</b>		
Condado _____		P.O. Box # _____		Calle: _____		Código Postal _____
Ciudad/Estado _____		Código Postal _____		Ciudad/Estado _____		Código Postal _____
<b>Núm. De Teléfono Primario</b>		<b>Núm. De Teléfono Alterno</b>		<b>Núm. Telefónico de Trabajo</b>		
<b>Dirección de Correo Electrónico:</b>						
<b>SELECCIONE UNO DE LOS SIGUIENTES:</b>						
___ Usted puede contactarme a la dirección y números de teléfono antes mencionados.						
___ Usted <b>NO</b> puede contactarme a la dirección y números de teléfono antes mencionados. <b>Por Favor, Contácteme en:</b>						
<b>Nombre de Contacto de Emergencia:</b>		<b>Relación:</b>			<b>Teléfono:</b>	
Sí ___ No ___ ¿Paciente de 18 años de edad o menos, viviendo en casa con sus padres y no quiere que LOS PADRES CONOSCAN DE LOS SERVICIOS en esta clínica? Sí ___ No ___ ¿El paciente es un estudiante? En caso de que si, Nombre de la escuela o la universidad: _____ Sí ___ No ___ ¿Es el paciente elegible para beneficios médicos militares (es decir, esta en el ejercito, es el dependiente de un soldado, o tiene beneficios en él VA)? Sí ___ No ___ ¿El paciente es un trabajador migrante? Sí ___ No ___ ¿Tiene el paciente <u>algún</u> seguro medico, además de Healthwave, Medicaid, o Medicare? Sí ___ No ___ ¿Tiene el paciente Healthwave, Medicaid, Connect de salud o Medicare? Sí ___ No ___ ¿Están las vacunas cubiertas por su seguro de salud? Sí ___ No ___ ¿Tiene el paciente tiene seguro de salud? <b>En caso de que Si, por favor llene el área sombreada de abajo</b>						
<b>INFORMACION DE COBERTURA MEDICA:</b> (Círculo el tipo de cobertura (s) que tiene)						
1	2	3	4	5	6	
Medicare	Medicaid	Health Wave	Otro	BCBS/Seguro	Sin Cobertura	
Parte B/Medical			Seguro Publico (Especifique abajo)	Privado (Especifique abajo)		
<b>Seguranza Primaria</b>						
Nombre de a seguranza: _____		ID#: _____		Núm. de Grupo _____		
Si Medicare, anote la fecha de efectividad del seguro médico, Parte B: _____ (NO HOSPITAL)						
Nombre del Asegurado _____		(Fecha de Nacimiento) _____		Relación del Paciente Asegurado: _____		
<b>Seguranza Secundaria</b>						
Nombre de A seguranza: _____		ID#: _____		Núm. de Grupo _____		
Nombre del Asegurado _____		(Fecha de Nacimiento) _____		Relación del Paciente Asegurado: _____		
Yo doy mi consentimiento a la realización de exámenes y pruebas de laboratorio o procedimientos médicos que sean necesarios o recomendados en la opinión del médico o Enfermera del Departamento de Salud Pública del Condado de Riley. Todos los registros de los servicios dados se consideran confidenciales. Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Riley cobrar cualquiera de los pagadores de médicos (Seguros, Healthwave, Medicaid, etc) como se indica arriba y proporcionar la información necesaria para procesar las reclamaciones. Yo autorizo el pago de los beneficios médicos al Departamento de Salud del Condado de Riley por los servicios dados y entiendo que seré responsable del pago de los cargos por servicios que se consideran "NO CUBIERTOS" por Medicaid y / o mi seguro de salud. Este se constituye como un aviso previo a usted el beneficiario, y si todos los requisitos del programa son completados por el Departamento de Salud del Condado de Riley y el pago no es hecho por KMAP, usted puede ser responsable de los cargos, si sus servicios no están cubiertos por KMAP. Usted también puede ser responsable de los cargos si no le informa al Departamento de Salud de su información de cobertura con Medicaid / Healthwave a tiempo. El firmante ha leído la autorización anterior y comprende la misma. Yo certifico que la información proporcionada en esta página es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el proporcionar información falsa a una agencia gubernamental es perjurio y está en contra de la ley.						
<b>Firma</b> _____				<b>Fecha</b> _____		

F:\Everybody\ClinicForms\FrontDesk\SPAN-Registration&ReducedFees

Patient # \_\_\_\_\_

# Departamento de Salud del Condado Riley Información Financiera

(Financial Information )

Pt # \_\_\_\_\_

NOTA: La información financiera se utilizará para determinar la cantidad que se cobrará por los servicios o suministros. Además, esta información es pertinente para la evaluación de la estructura y las necesidades de nuestra comunidad. Toda la información financiera es confidencial. Ninguna persona podrá ser negada el servicio por no poder pagar. Los servicios se ofrecen sin tomar en cuenta la religión, raza, color, origen nacional, condición de discapacidad, sexo, número de embarazos, estado civil, edad o preferencia de anticonceptivos.

**Por favor escriba toda la información a continuación para:**

- ❖ Usted mismo (**no incluyen "compañeros"**)
- ❖ Cualquier persona que usted es responsable económicamente y vive con usted
- ❖ Cualquier persona que es responsable económicamente de usted y vive con usted

Nombres de Miembros del hogar/ Parentesco con el Paciente	Nombre de Empleador / Dirección	Frecuencia de Pagos	* Ingresos Brutos Por Período de Pago

El Numero Total en el Hogar

\* La única excepción a la utilización de los ingresos brutos los ingresos netos se utiliza para las familias de agricultores y otros tipos de trabajo independiente. Los ingresos incluyen los siguientes: sueldos, salarios, comisiones, el desempleo o la indemnización por accidentes de trabajo, pagos de dinero público de ayuda, pensiones alimenticias y pagos de manutención infantil, la universidad y becas universitarias, subvenciones, becas y ayudantías.

Me niego a dar mi información de ingreso. Entiendo que tendré que pagar todas las tarifas por todos los servicios que reciba.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o padre / tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha