

**PRIMARY HEALTH SOLUTIONS
REGISTRO DEL PACIENTE/FORMULARIO FINANCIERO**



Fecha de Hoy: Mes / Día / Año _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido		Nombre		MI	Apodo	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año				
<input checked="" type="checkbox"/> Género de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input checked="" type="checkbox"/> Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Elija no Revelar <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre, (FTM) Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer, Ni Masculino o Femenino <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer, (MTF) Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Otro, favor de especificar _____			<input checked="" type="checkbox"/> Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elije no revelar <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Lesbiana, Homosexual, Homosexuales <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Heterosexual		<input checked="" type="checkbox"/> Pronombre preferido: <input type="checkbox"/> Preguntado pero desconocido <input type="checkbox"/> se negó a responder <input type="checkbox"/> él, él, su <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ella, ella, elle <input type="checkbox"/> ellos, ellos, los suyos <input type="checkbox"/> ellas, ellos				
<input checked="" type="checkbox"/> Género actual <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Indiferenciado		Dirección de Facturación del Paciente							Ciudad	Estado	Zip Postal
Residencia del Paciente (si es diferente)		Residencia del Paciente (si es diferente)							Ciudad	Estado	Zip Postal
<input checked="" type="checkbox"/> Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Nepali <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Religión: <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Agnóstico <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Islámico <input type="checkbox"/> Cienciología <input type="checkbox"/> Otro: _____			<input checked="" type="checkbox"/> Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Otro: _____			<input checked="" type="checkbox"/> Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> No estudiante <input type="checkbox"/> Medio Tiempo			
<input checked="" type="checkbox"/> Todo lo que Corresponda: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		<input checked="" type="checkbox"/> ¿Podemos Enviar Notificaciones? <input checked="" type="checkbox"/> Todo lo que Aplica: <input type="checkbox"/> Desactivar <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Buzón de Voz			<input checked="" type="checkbox"/> Que Contacto # Usted Prefiere: <input type="checkbox"/> Teléfono de la Casa # () <input type="checkbox"/> Día/Teléfono del Trabajo # () <input type="checkbox"/> Celular/Alternativa # ()						
Nombre Contacto de Emergencia		Relación Contacto de Emergencia			Contacto de Emergencia # ()						
Correo Electrónico del Paciente/Tutor											

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Nombre del Empleador	Ocupación	Teléfono del Empleador #
----------------------	-----------	--------------------------

ESTADÍSTICAS REQUERIDAS PARA LA INFORMACIÓN GUBERNAMENTAL:

<input checked="" type="checkbox"/> Estado de Impuestos: <input type="checkbox"/> Devolución no archivada <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Jefe de Hogar Es Jefe de Hogar: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input checked="" type="checkbox"/> Todo lo que Aplica: <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Migratorio <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		<input checked="" type="checkbox"/> Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Declinó especificar		<input checked="" type="checkbox"/> Etnicidad: <input type="checkbox"/> Declinar <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido	
--	--	--	--	---	--	---	--

DIRECTIVA AVANZADA:

¿Tienes un Testamento en vida? Sí No ¿Esta en el archivo de su Proveedor de Atención Primaria Sí No

****PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE****

Registro del Portal Revisado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Sí es No, Razón:</i> <input type="checkbox"/> Paciente ya inscrito	<input type="checkbox"/> Otros: _____
Ficha Generada:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Sí es No, Razón:</i> <input type="checkbox"/> Paciente ya inscrito	<input type="checkbox"/> Otros: _____
Razón de no Correo:	<input type="checkbox"/> Declino	<input type="checkbox"/> Diferido (Auto-Inscrito)	<input type="checkbox"/> No Correo

PHS Nombre del Personal(Imprinta)	PHS Firma del Personal	Fecha de la Firma
--	-------------------------------	--------------------------

**PRIMARY HEALTH SOLUTIONS
REGISTRO DEL PACIENTE/FORMULARIO FINANCIERO**



Fecha de Hoy: Mes / Día / Año _____

PARTE RESPONSABLE (Requerido para menores de 18 años y siempre que el Fiador no sea el Paciente):

Apellido	Nombre	MI	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Relación
----------	--------	----	-----------------	--	----------

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Favor, presente TODAS las Tarjetas de Seguro y Foto ID a la Recepcionista):

Seguro Primario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Copago	Titular de la Póliza	Relación
Seguro Secundario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Copago	Titular de la Póliza	Relación
Seguro Terciario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Copago \$	Titular de la Póliza	Relación

INGRESOS DEL HOGAR:

Es la política de Primary Health Solutions proporcionar servicios esenciales a aquellos que no tienen medios o medios limitados para pagar sus servicios médicos (sin seguro o seguro insuficiente). Los descuentos se basarán únicamente en el ingreso y el tamaño de la familia. Por favor complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

* Para los efectos de la asistencia, la familia se define como: un grupo de dos personas o más relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntos; todas esas personas (incluyendo miembros de la subfamilia relacionados) son consideradas como miembros de una familia

Sección (a): Ingreso total combinado para todas las personas que trabajan en el hogar. **Sección (b):** Con qué frecuencia se le paga. **Sección (c):** Cualquier ingreso adicional recibido en el hogar. **Sección (d):** Número total de personas que los ingresos del hogar apoyan.

TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL

(a) Ingreso total del Hogar antes de Impuestos: \$	(b) <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada-2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	(c) Otros Ingresos: \$	(d) Número total de personas apoyadas por ingresos:
--	--	----------------------------------	--

DOCUMENTACIÓN DE NINGÚN INGRESO:

Si ha informado ingresos de \$ 0 en la sección anterior, explique cómo está satisfaciendo sus necesidades diarias.

CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO:

Entiendo que para determinar la elegibilidad para el programa de Escala de Tarifas, debo proporcionar uno de los siguientes: año anterior W-2, dos talones de pago más recientes, carta del empleador o Formulario 4506-T (si W-2 no se archivó). Si trabajo por cuenta propia, debo presentar los detalles de los últimos tres meses de ingresos y gastos para el negocio. Primary Health Solutions puede solicitar información adicional antes de que el paciente nombrado arriba sea aprobado para un descuento.

Estoy de acuerdo en informar a Primary Health Solutions de cualquier cambio en las circunstancias que puedan afectar la elegibilidad del paciente. Cualquier información falsa o fraudulenta proporcionada será motivo de denegación de servicios para el paciente. Entiendo que la información anterior debe ser actualizada cada doce (12) meses, o si hay algún cambio en el tamaño de la familia o los ingresos del hogar.

He recibido información explicando el Programa Escala de tarifas y acepto seguir sus términos. Entiendo que cualquier descuento para el que soy elegible, se aplicará a todos los servicios recibidos en cualquiera de las prácticas de Primary Health Solutions, pero no a aquellos servicios o equipos que se adquieren desde fuera, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos e interpretación de rayos X por un radiólogo de consultoría y otros servicios similares. Si elijo pagar la tarifa completa o no califico para un descuento, puedo recibir una factura si todos los servicios provistos no están cubiertos por la tarifa pagada por adelantado.

Certifico que toda la información dada por mí es verdadera. Yo consiento a cualquier servicio prestado a mí o a mis dependientes por el proveedor que lo atiende. Entiendo que esta autorización también permitirá que el centro divulgue información relacionada con mi expediente médico a otras oficinas para ayudar en mi cuidado continuo. Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados por Primary Health Solutions. Autorizo la divulgación de información a mi compañía de seguros y autorizar el pago directamente a Primary Health Solutions. He leído y entiendo completamente lo anterior.

Nombre del Paciente/Parte Responsable (Imprenta)

Firma del Paciente/Parte Responsable

Fecha de la Firma

Paciente Padres Tutor

****PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE****

Documentos de Ingresos : Sí No *Sí es No, Razón:* Tarifa de un día Rechazo Other: _____
 Documentos escaneados: Sí No *Sí es No, Razón:* _____
 Tarjeta de seguro escaneada: Sí No *Sí es No, Razón:* _____

PHS Nombre del Personal (Imprenta)

PHS Firma del Personal

Fecha de la Firma