

INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido	Nombre	MI	Sexo de Nacimiento <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento	
Dirección de Facturación del Paciente			Ciudad	Estado	Zip Postal	
Residencia del Paciente (si es diferente)			Ciudad	Estado	Zip Postal	
¿Qué método de contacto prefieres? Seleccione y complete todo lo que corresponda.						
<input type="checkbox"/> Celular #		<input type="checkbox"/> Teléfono de la Casa #				
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico del Paciente/Tutor						
¿Podemos Enviar Notificaciones? Seleccione todo lo que corresponda						
<input type="checkbox"/> Desactivar <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Buzón de Voz						
Hay cierto nivel de riesgo de que la información en un mensaje de texto o correo electrónico regular (sin cifrar) pueda ser leída por alguien además de ti.						
Nombre de Contacto de Emergencia		Relación de contacto de emergencia				
Contacto de Emergencia teléfono #		Correo electrónico de contacto de emergencia				
INFORMACION DE EMPLEO						
Nombre del Empleador		Ocupación		Teléfono del Empleador #		
ESTADÍSTICAS REQUERIDAS						
Religión <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/> Islámico <input type="checkbox"/> Agnóstico <input type="checkbox"/> Cienciología <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Otro _____	Raza (todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino	Etnicidad <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana/o <input type="checkbox"/> Declinó especificar	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexicana/o mexicana/o americana/o, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueña/o <input type="checkbox"/> Cubana/o <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Declinar			
			Estado civil para efectos fiscales <input type="checkbox"/> Devolución no archivada <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Jefe de Hogar			Seleccione todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Migratorio <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
INFORMATION DEL SEGURO DEL PACIENTE						
Seguro Primario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Titular de la Póliza	Relación	
Seguro Secundario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Titular de la Póliza	Relación	
Seguro Dental	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Titular de la Póliza	Relación	
DIRECTIVAS AVANZADAS						
¿Tiene un testamento vital? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Está el testamento vital archivado con su proveedor de atención primaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

PADRE/TUTOR/PARTE RESPONSABLE (Requerido para menores de 18 años y siempre que el fiador no sea el Paciente)				
Apellido	Nombre	Sexo de Nacimiento <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento

Dirección	Ciudad	Estado	Zip Postal
Teléfono #	Correo Electrónico		
Estado civil para efectos fiscales <input type="checkbox"/> Devolución no archivada <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Jefe de Hogar	Raza (todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana/o <input type="checkbox"/> Declinó especificar	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexicana/o mexicana/o americana/o, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueña/o <input type="checkbox"/> Cubana/o <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Declinar
Todo lo que aplica <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Migratorio <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma			
INGRESOS DEL HOGAR <i>(Toda la información se mantiene confidencial)</i>			
Es política de Primary Health Solutions brindar servicios esenciales a quienes no tiene el medio, o quien tiene medios limitados para pagar sus servicios médicos (Sin seguro o con seguro insuficientes. Los descuentos se basarán únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia/hogar).			
Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. <small>* Con fines de asistencia se define familia/hogar como: cualquier persona que viva en la misma casa/dirección.</small>			
Sección (a): Ingresos totales del paciente y/o parte responsable y como declara esos ingresos. Sección (b): Otros ingresos del hogar y como declara esos ingresos. Sección (c): Número de miembros de la familia inmediata del hogar. La familia inmediata es su esposo/esposa/pareja y sus hijos. . Sección (d): Números de miembros del hogar que nos son familiares directos.			
(a) Su Ingreso: \$ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal	(b) Otros Ingresos del hogar \$ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal	(c) # de los familiares directos del hogar <small>(Familia inmediata = esposo/esposa/pareja y sus hijos)</small> <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijos # _____	
(d) # de miembros del hogar que no son familiares directos: <input type="checkbox"/> # _____		<small>**Si reclama familia no inmediata, es posible que se requiera documentación adicional, como su declaración de impuestos sobre la renta que indique a los dependientes o el estado de cabeza de familia.</small>	
DOCUMENTACIÓN DE NINGÚN INGRESO <small>Si ha informado ingresos de \$ 0 en la sección anterior, explique cómo está satisfaciendo sus necesidades diarias.</small>			
CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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. También doy mi consentimiento para pruebas y procedimientos necesarios para el control de infecciones. 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.</p>			
Nombre del Paciente/Parte Responsable (Imprenta) <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutor		Firma del Paciente/Parte Responsable <hr/>	
		Fecha de la Firma <hr/>	