

Registration Form

Fecha: _____

Hora: _____

RAZON POR LA VISITA:

Cita Prueba de embarazo Prueba de VIH Prueba/medicamento de Tuberculosis
 Vacunas Condomes Método anticonceptivo Otra Razón _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ : Segundo Nombre: _____

Otro nombre usado antes en el Departamento de Salud: _____

Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Medico de atención primaria: _____

¿Es usted estudiante de universidad? **SI/NO** Cual Universidad: _____

Dirección: _____ # de departamento/lote _____

Ciudad: _____ Edo: _____ Código de área: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono comercial: _____ Teléfono celular: _____

Podemos comunicarnos con usted por medio de texto? S or N Portador de celular _____

Medico: _____ Correo electrónico: _____

RAZA: (marque todos que aplican)

Nativo Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano/Nativo de la Polinesia Raza Negra/Afroamericano
 Blanco Asiático Otra Raza

ORIGEN ETNICO: Hispano/Latino No Hispano/No Latino

DIOMA PRINCIPAL: Ingles Español Otro idioma _____

Información de la persona responsable/tutor:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____ Lugar de empleo: _____

_____ Número de teléfono: _____

Información de su seguro médico primario (Seguro privado, KanCare, Medicaid, Medicare)

Nombre de la compañía de seguro: _____ Nombre de la persona principal: _____

Fecha de nacimiento de la persona principal: ____/____/____ Relación a la persona principal: _____

Número de seguro de la persona principal: _____ - _____ - _____

Información de su seguro médico secundario (Seguro privado, KanCare, Medicaid, Medicare)

Nombre de la compañía de seguro: _____ Nombre de la persona principal: _____

Fecha de nacimiento de la persona principal: ____/____/____ Relación a la persona principal: _____

Número de seguro de la persona principal: _____ - _____ - _____

Si desea aplicar para obtener reducción de costos (solo por los servicios mencionados abajo) por favor de completar la siguiente información:

Examen anual, Método anticonceptivo, Pruebas de enfermedades de transmisión sexual y algunas vacunas para los adultos

El departamento de salud ofrece reducción de costos por algunos servicios. La reducción de costos se basa en la cantidad de ingresos y el número de personas en el hogar. Por favor liste la información precisamente para que obtenga la reducción adecuada. Si no comparte la información la aplicación no será aceptada y usted será responsable por los costos. Liste su información si usted está actualmente empleado o desempleado. Si es posible proporcione documentos de sus ingresos: talón de cheque actual, carta de empleo, copia de su cheque o comprobante que recibe estampillas de comida.

Información de ingresos		
Nombre de todas las personas viviendo en el hogar	LUGAR DE EMPLEO	INGRESOS BRUTOS/FECHA DE PAGO (salario, mensual, quincenal, semanal etc.)
1. (SU NOMBRE)		\$
2.		\$
3.		\$
4.		\$
5.		\$
Ingresos adicionales:		\$
Estudiante de tiempo completo		
CANTIDAD ANUAL DE INGRESOS BRUTOS		\$

_____ La información es correcta y verdadera y fue proporcionada por el propósito de recibir reducciones de los costos.

_____ **En este momento no deseo compartir información sobre mis ingresos y el número de personas en mi hogar.**

Acuerdo de pago & Autorización de cuidado medico

Estoy buscando servicios voluntariamente y le doy consentimiento al Departamento de salud del condado de Douglas para desempeñar servicios médicos necesarios para mi cuidado. Autorizo al Departamento de Salud para que envíen la factura a mi seguro médico y proporcionare la información necesaria para el proceso. Autorizo pagos de beneficios médicos al Departamento de Salud por servicios obtenidos. Entiendo que seré responsable por costos que mi seguro médico no cubrirá.

Consiento permiso para el intercambio de información (para mí o para mi hijo) para el registro de vacunas del estado de Kansas. Incluyendo información que compartida con las escuelas si es necesario.

Es mandatorio que el personal del Departamento de Salud reporten sospecho de abuso infantil.

Pacientes menores de 18 años de edad: Si se identifica una condición que pone en riesgo mi vida y no estoy dispuesto a seguir las recomendaciones, comprendo que mi guardián/tutor serán informados del caso.

Reconozco que el Departamento de Salud tiene copias del "Aviso de Privacidad" disponibles para el público.

Firma del cliente o tutor/guardián

Fecha