

Registration Form

Fecha: _____

Hora: _____

RAZON POR LA VISITA:

- | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cita | <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo | <input type="checkbox"/> Examen de infección vaginal | <input type="checkbox"/> Prueba de VIH |
| <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Prueba/medicamento de Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Método anticonceptivo | <input type="checkbox"/> Chequeo para ETS |

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Apellido: _____ : Segundo Nombre: _____

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

Dirección: _____ # de departamento/lote _____

Ciudad: _____ Edo: _____ Código de área: _____

Marque aquí si su información arriba es el mismo para facturación

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

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

RAZA: (marque todos que aplican)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Nativo de la Polinesia | <input type="checkbox"/> Raza Negra/Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Otra Raza |

ORIGEN ETNICO: Hispano/Latino No Hispano/No Latino

IDIOMA PRINCIPAL: Inglés Español Otro idioma _____

Información de la persona responsable/tutor (para personas menores de 17 años):

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el cliente: _____

O

Me gustaría mantener la confidencialidad de mi padre / tutor

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. Los ingresos deben incluir, entre otros, salarios, sueldos, comisiones, desempleo o compensación laboral, pagos de dinero por asistencia pública, pensión alimenticia y manutención de los hijos, becas universitarias y universitarias, subvenciones, becas y pasantías, etc. Los ingresos no incluirán reembolsos de impuestos, Pagos de seguros únicos, obsequios, préstamos y programas federales no monetarios, como cupones de alimentos, Medicare o Medicaid. 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.

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 con el derecho de diferir ó rechazar servicios y le doy permiso al Departamento de salud del condado de Douglas en proveer los servicios medicos y exámenes apropiados. Servicios de un programa no son requeridos para obtener servicios de otros programas. 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. MyResource Connection puede que comparta su información con otras agencias/departamentos para poder mejorar los servicios que se proporcionan. El Departamento de Salud de Lawrence-Condado de Douglas (LDCHD por sus siglas en inglés) participa en una red de intercambio de información de salud (KHIN por sus siglas en inglés), usted puede optar por no participar contactando a esta página <http://www.kanhit.org>.

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