

# 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.

<b>Información de ingresos</b>		
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		
<b>CANTIDAD ANUAL DE INGRESOS BRUTOS</b>		<b>\$</b>

\_\_\_\_\_ 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**