



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor llámé o envié un mensaje de texto (540)464-8700, o solicite ayude a un Representante De Acceso para pacientes para completar los formularios. Este formulario me registra para todos los servicios.

Estoy interesado/a en: Medical Dental Salud de comportamiento Planificación Familiar

Nombre Legal Completo del Paciente:			
Apellido	Primer Nombre	Segundo	
Fecha de Nacimiento	Número De Seguro Social		
Género asignado al nacer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Desconosido	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vuido		
Dirección de Correspondencia			
Ciudad	Estado	Código Postal	País/Ciudad de Residencia
Dirección Física (Solo si es diferente a la de correspondencia)			
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	
¿Si no podemos contactarlo y usted tiene correo de voz, tenemos su permiso para dejarle un correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección De Correo Electrónico: _____@_____			
Los pacientes con dirección de correo electrónico en este formulario de registro serán automáticamente registrados a nuestro Portal de Pacientes al que se puede acceder desde nuestro sitio web www.rockahc.org . Usted puede solicitar recargas de medicamentos, ver resultados de laboratorio y más.			
<i>Para Menores :</i>			
¿Hay una orden de custodia en el archivo ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SI, por favor proporcione una orden de custodia actual. Nota: Un Padre o tutor legal deben estar presente en la primera cita.			
Información De Empleo			
¿Está usted empleado?		Nombre del Empleador	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado			
Dirección del Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Eres un Estudiante? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante			
Responsabilidad Financiera (Para pacientes menores, es el padre o tutor legal que está completando este formulario.)			
<input type="checkbox"/> Yo (Pase a la siguiente sección si está marcado aquí) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodio Legal <input type="checkbox"/> Tutor/Poder Notarial			
Apellido	Primer Nombre		
Fecha de Nacimiento	Numero de seguro Social	Teléfono de casa	
Dirección <input type="checkbox"/> La misma que arriba	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Cuál es el ingreso anual total estimado del hogar antes de impuestos, incluyendo los salarios y la discapacidad?			
<input type="checkbox"/> Under \$11,000 <input type="checkbox"/> \$15,001- \$20,000 <input type="checkbox"/> \$25,001- \$35,000 <input type="checkbox"/> \$45,001- \$55,000 <input type="checkbox"/> Choose not to disclose			
<input type="checkbox"/> \$11,001- \$15,000 <input type="checkbox"/> \$20,001- \$25,000 <input type="checkbox"/> \$35,001- \$45,000 <input type="checkbox"/> Over \$55,000			
¿Cuántas personas están viviendo en tu hogar, incluyéndote a ti mismo? _____			

RAHC ofrece ahorros adicionales basados en el tamaño del hogar y los ingresos a pacientes no asegurados y asegurados. Si el ingreso es inferior a esta cantidad por año antes de que se retire algo, complete la Solicitud Para El Descuento De La Tarifa Variable.

1 Persona= \$25,520 2 Personas= \$34,480 3 Personas= \$43,440 4 Personas= \$52,400 5 Personas= \$61,360
6 Personas= \$70,320 *Los límites son más altos para Servicios de Planificación Familiar

Farmacia

Nombre de la Farmacia preferida : _____
Si se deja en blanco todas las prescripciones serán enviadas a Centro de Prescripción de Lexington, donde los pacientes reciben el descuento más grande.

Información del Proveedor

¿Está transfiriendo atención medica al centro de Salud del Área de Rockbridge? Sí No En caso afirmativo de que practica medica? ?

¿Está transfiriendo atención dental al Centro de Salud del Área de Rockbridge? Sí No En caso afirmativo de que practica dental?

Nombre otros Profesionales de Salud involucrados en su atención médica.

¿Tienes una directiva anticipada? Sí No
En caso afirmativo, a su equipo clínico le gustaría tener una copia en el archivo, tenemos una muestra de directiva anticipada si no tiene una.

Seguro Medico

¿Usted tiene seguro médico? Sí No En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros: _____

Número de identificación del plan Numero de grupo plan

Nombre del titular de la póliza Fecha de Nacimiento Número De Seguro Social

Dirección del titular de póliza Número de teléfono

Tiene algun seguro de salud secundario? Sí No En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros: _____

Número de identificación del plan Numero de grupo plan

Nombre del titular de la póliza Fecha de Nacimiento Número De Seguro Social

Dirección del titular de póliza Número de teléfono

Seguro Dental

¿Usted tiene seguro dental? Sí No En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros: _____

Número de identificación del plan Numero de grupo plan

Nombre del titular de la póliza Fecha de Nacimiento Número De Seguro Social

Dirección del titular de póliza Número de teléfono

Número de teléfono de beneficios dentales en la tarjeta

Información Adicional del Paciente

Recopilamos información de nuestros pacientes para ayudarnos a saber más sobre la comunidad a la que servimos y para mejorar nuestros servicios. Reportamos esta información sin identificar a los pacientes personalmente. *Por ejemplo, informamos que servimos a 100 veteranos.*

Estado veterano: ¿A estado usted en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Sí No

¿Eres militar en servicio activo? Sí No

Etnicidad: Hispano o Latino Americano No Hispano No Declaro/Se negó a informar

Raza: Asiático/a Blanco/a Negro/a o Afroamericano/a Isleño del Pacífico
 Indio/a Americano o Nativo de Alaska Otra raza _____ No Declaro/Se negó a informar

Lenguaje Preferido: _____ Necesita asistencia con la interpretación del idioma? Sí No

Orientación Sexual:

Lesbiana o Gay Hetera/o Bisexual Otra Cosa _____ No sabe Elige no revelar

Identidad de Género:

Hombre Mujer Hombre Transgénero (Mujer a Hombre) Mujer Transgénero (Hombre a Mujer)
 Género Queer (Ni exclusivamente Mujer o Hombre) Eligio no revelar Otro

Residencia: ¿Eres residente estacional? Sí No Vives en una vivienda pública? Sí No

¿Eres un trabajador migrante? Sí No Estas sin Hogar? Sí No

¿Vives en una casa multifamiliar? Sí No

Información de Privacidad

Las regulaciones gubernamentales **HIPPA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996)** requieren el permiso del paciente para que el profesional de salud pueda hablar con familiares, amigos o cuidadores sobre su información de salud protegida, excepto en casos de emergencia. RAHC se toma en serio la responsabilidad de mantener su información médica y su información de su cuenta privada y confidencial. El aviso completo de prácticas de privacidad de RAHC se pueden ver en línea en www.rockahc.org o solicitando una copia en la recepción.

Para que podamos Compartir su información, debemos contar con un permiso por escrito. Tenemos su permiso para hablar con las siguientes personas sobre **la programación general, cuenta médica, cuenta personal/información financiera.**

Nombre del Contacto de Emergencia #1 Permiso para discutir Medica Financiera

Número de Casa o Celular Relación con el/la paciente

Nombre del Contacto de Emergencia #2 Permiso para discutir Medica Financiera

Número de Casa o Celular Relación con el/la paciente

Firma

Comprendo que, al firmar este documento, Yo doy fe de la exactitud de la información proporcionada. También entiendo que, si la información cambia, me pondré en contacto con RAHC. (Para pacientes menores, padres/Guardián legal completando este formulario firme a continuación.)

Firma Nombre Impreso

Relación al Paciente Fecha