

### FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

#### INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido:		Primer Nombre:		Fecha de Nacimiento: / /		Nombre Preferido:	
Dirección:		Apt. #:		Ciudad:		Estado:	
Código Postal:		Condado:		Teléfono Preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	
Seguro Social #:		Nombre de Socio o Cónyuge:		Correo Electrónico:		Apellido de la Madre:	
<b>Estado civil (marque uno):</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Compañero de Vida <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Legalmente Separado		<b>Cual es tu situación laboral actual:</b> <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o me niego a responder		<b>¿Está actualmente inscrito en la escuela?</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No Inscrito <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o me niego a responder			
<b>Lenguaje Primario:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____						<b>¿Necesita traductor?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

#### INFORMACION DEMOGRAFICA

<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> India Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido/Me niego a informar	
<b>¿Eres de origen Hispano?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Si es Hispano, marque el origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Mexicano / Mexicano Americano / Chicano (a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño (a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Otra origen de Hispano, Latino (a) o Español <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o me niego a responder
<b>¿Estás sin hogar?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Si no tiene hogar:</b> <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Instalación de Vivienda de Transición <input type="checkbox"/> Viviendo con familiares, amigos o otros que no son familiares <input type="checkbox"/> Calle
<b>¿Reside en una instalación de vivienda pública?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>¿Tiene usted una Directiva Anticipada?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas, en las Reservas o en la Guardia Nacional? (si sirvió) ¿En qué área, las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional sirvió? (Si su respuesta es no, salte las siguientes dos preguntas)</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, en las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Si, en las Reservas <input type="checkbox"/> Si, en la Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Rechazo Contestar <input type="checkbox"/> No sé	
<b>¿Está actualmente en servicio activo en las Fuerzas Armadas, en las Reservas o en la Guardia Nacional? (si está activo) ¿Qué área, las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, en las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Si, en las Reservas <input type="checkbox"/> Si, en la Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Rechazo Contestar <input type="checkbox"/> No sé	
<b>¿Ha sido enviado alguna vez a una zona de combate?</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Iran/Afghanistan (OEF/OIF/OND) <input type="checkbox"/> WWII <input type="checkbox"/> Golfo persico (Operación Escudo del Desierto/Tormenta del Desierto) <input type="checkbox"/> Vietnam/ Sudeste de Asia, Korea <input type="checkbox"/> Desplegado en una zona de combate no mencionada anteriormente (p. ej., Bosnia/Somalia) <input type="checkbox"/> Rechazo Contestar <input type="checkbox"/> No sé	

#### ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

<b>¿Qué sexo se le asignó en su acta de nacimiento original?</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelar	<b>¿Cuáles son tus pronombres preferidos?</b> <input type="checkbox"/> Él/Lo <input type="checkbox"/> Ella/Le <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>¿Se considera a sí mismo como? (Marque uno):</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay, Lesbiana, o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual o Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual o algo más <input type="checkbox"/> Cuestionando o no sé <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o me niego a responder	
<b>Para servirle mejor, ¿cuál es su identidad de género actual? (Marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Hombre trans/Mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Mujer trans/Hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional/Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o me niego a responder	

#### INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA / INDIVIDUO DELEGADO PARA LA COMUNICACION (El individuo delegado para la comunicación es la persona designada por el paciente para comunicarse con usted sobre su atención médica, que puede incluir información sobre su diagnóstico, estado de elegibilidad y citas)

Nombre del Contacto de Emergencia:	Número de Teléfono de Contacto de Emergencia:	Relación con el Paciente:
Nombre del Contacto Delegado:	Número de Teléfono del Contacto Delegado:	Relación con el Paciente:

#### ¿COMO ESCUCHASTE DE NOSOTROS?

<input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Pariente/Amigo <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Evento/Feria <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Paciente sin cita previa <input type="checkbox"/> 2-1-1 <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Trabajador de Elegibilidad <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Medios de Comunicación Social:</b> <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

#### INFORMACIÓN DE FARMACIA PREFERIDA

Nombre de la Farmacia Preferida:	Intersecciones de Farmacia Preferidas:	Número de Teléfono de la Farmacia Preferida:
----------------------------------	--	--

#### FOR OFFICE USE ONLY

<b>Registration Staff Signature:</b> _____	<b>Date:</b> _____
--	--------------------

### INFORMACIÓN DE INGRESOS Y SEGUROS

Apellido:	Primer Nombre:	MI:	Fecha de Nacimiento: / /
-----------	----------------	-----	-----------------------------

#### POLÍTICA DE PAGO

- Se espera el pago de copagos y ciertos otros cargos al momento del servicio.
- También se espera que los pacientes sin seguro paguen las tarifas correspondientes al momento del servicio.
- Es su responsabilidad notificar a Avenue 360 Health and Wellness sobre cualquier cambio de compañía de seguros.
- Si tiene Medicaid y/o Medicare, los cargos por su visita y los servicios recibidos se enviarán a Medicaid y/o Medicare para su reembolso a la clínica.
- Si ha presentado una solicitud para Medicaid y/o Medicare, será responsable del total de los cargos hasta que se apruebe su solicitud.

#### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Este paciente está cubierto por el Seguro que se presenta.  Si  No (Si marcó "No", omite esta sección).

El seguro que se presenta es cobertura para: (Marque el que corresponda):

Médico  Dental  Ambos

Indique el seguro principal:  Privado  Medicaid  Medicare  CHIP  CHIP Perinatal

Otro: \_\_\_\_\_

Seguro secundario, en su caso:  Privado  Medicaid  Medicare  CHIP  CHIP Perinatal

Otro: \_\_\_\_\_

Persona responsable de los cargos:

Nombre	Dirección	Número de Teléfono

Seguro Médico	Número de Póliza	Número de Grupo

Relación del Paciente con la Suscriptor:  Yo  Esposo(a)  Hijo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

#### INGRESOS

Ingresos mensual (Ingrese el ingreso obtenido antes de deducir los impuestos):	Tamaño del hogar:
--	-------------------

Por favor marque uno que aplique:

- Estoy empleado pero no puedo proporcionar la documentación adecuada de ingresos, mi ingreso por mes en promedio es de aproximadamente \$ \_\_\_\_\_
- Trabajo por mi cuenta, mi ingreso mensual en promedio es de aproximadamente ...\$ \_\_\_\_\_
- Estoy desempleado, nadie me mantiene, mi ingreso mensual en promedio es de aproximadamente...\$ \_\_\_\_\_

#### PROGRAMA DE DESCUENTO

- Entiendo que Avenue 360 Health and Wellness ofrece un programa de tarifas variables para descontar el costo de la atención médica o dental para las personas y familias que cumplen con los criterios de elegibilidad financiera. Es mi responsabilidad proporcionar a Avenue 360 Health and Wellness la documentación financiera adecuada solicitada para determinar mi elegibilidad para este programa de descuento.
- Entiendo que debo volver a solicitar el programa de descuento cada año, o antes si cambian los ingresos de mi hogar o el tamaño de mi familia.
- Doy fe de que la información provista en este formulario es precisa y cualquier hallazgo de declaraciones falsas por parte de Avenue 360 puede resultar en el pago completo de todos los costos prestados y futuros.

**HE LEÍDO Y ENTENDIDO LAS OPCIONES DE PAGO DE LA PÓLIZA**

Para menores: Firma del Padre/Tutor

Fecha

#### FOR OFFICE USE ONLY

Registration Staff Signature: _____	Date: _____
-------------------------------------	-------------