

**Formulario de registro de adulto**

Paciente nuevo  Editar información

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Complete este formulario para garantizar la correcta facturación de sus servicios. **Imprímalo.**

**Información del paciente – Proporcione identificación con foto**

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre preferido/alias \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Soltero  Casado  Viudo **Sexo:**  M  F  No binario  Otro  Desconocido  X  
 Separado  Divorciado  En pareja  
 Pareja  Otro

**Sexo asignado al nacer:**  M  F  Incierto  Desconocido **Identidad de género:**  M  F  Otro  Mujer transgénero/Hombre a mujer  
 Prefiero no divulgar  Hombre transgénero/Mujer a hombre  
 No se registra en el certificado de nacimiento  Prefiero no divulgar

**Idioma preferido:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ **Orientación sexual:**  Bisexual  Prefiero no divulgar  No sé  
 Lesbiana o gay  Otra  Heterosexual (No lesbiana ni gay)

**¿Deficiencia de la audición?**  Sí  NO Comentarios: \_\_\_\_\_  
**¿Deficiencia de la visión?**  Sí  NO Comentarios: \_\_\_\_\_

**Etnia: (Esta información se usa para fines estadísticos).**  América central/del sur  Cubano  Hispano o latino  No hispano ni latino **Raza: (Esta información se usa para fines estadísticos).**  Nativo americano  Asiático  Afroamericano  Blanco  
 Mexicano  Puertorriqueño  Prefiero no decir  Otro \_\_\_\_\_  Nativo hawaiano/isleño del Pacífico  Desconocido  Prefiero no decir

**Religión:** \_\_\_\_\_

**Información de contacto del paciente:**

**Forma de contacto preferida:**  Casa  Celular  Trabajo **Teléfono residencial:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Teléfono alternativo  Carta  Correo electrónico **Teléfono celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Llamadas de recordatorio automáticas/mensaje de texto sobre la cita**  Sí  NO **Teléfono laboral:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono alternativo:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 No por correo electrónico

**Dirección principal del paciente:**

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad, estado, código postal:** \_\_\_\_\_  
**Condado:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

**Información laboral del paciente:**

**Empleado Condición:**  Tiempo completo  Tiempo parcial  Jubilado **Empleador:** \_\_\_\_\_  
 Desempleado  Discapacitado **Dirección:** \_\_\_\_\_  
 Estudiante  Militar en actividad  Autónomo **Ciudad, estado, código postal:** \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia del paciente**

**Nombre del contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de la casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Relación del paciente con el contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Nombre de la farmacia, dirección y número de teléfono:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO – *Proporcione copias de todas las tarjetas*

(Se exige un formulario por separado para indemnización, responsabilidad civil de vehículos o servicios legales).

COMPañÍA DE SEGURO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de identificación/certificado: \_\_\_\_\_

Número de grupo/plan: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_ Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

DOB del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  Otro Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

COMPañÍA DE SEGURO SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de identificación/certificado: \_\_\_\_\_

Número de grupo/plan: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_ Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

DOB del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  Otro Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Información del garante *(El garante es la persona que responde financieramente por las facturas del paciente).*

### Complete si el garante no es usted

Garante: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el garante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  Otro

Teléfono residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

*(La compañía de facturación utiliza MENSAJES DE TEXTO)*

Empleador del garante: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

### Asignación de beneficios/autorización/aviso de acción de cobranzas

Comprendo que soy responsable de conocer los beneficios que proporciona mi plan de seguro. Al hacerlo, también es mi responsabilidad verificar la prueba del seguro al garantizar que el personal del consultorio tiene registrada la tarjeta más actual o válida. Comprendo además que todos los copagos se deben abonar en el momento del servicio y que también soy responsable de otras cantidades que se deban pagar, dichas cantidades pueden incluir deducibles anuales, cargos denegados por mi compañía de seguros por no estar cubiertos o no ser necesarios por razones médicas y/o tasas incurridas en caso de que se requiera para mi cuenta una acción de cobranza. (por ejemplo, tasa por demoras, agencia de cobranzas, costos judiciales o de abogados). También se le informa que pueden comunicarse con usted desde nuestra oficina por un sistema automático por cuestiones relacionadas con citas y/o estado de su cuenta. Convengo que esta autorización será válida a menos o hasta que se rescinda por escrito. (Para obtener más información, consulte la política de pagos y el aviso de prácticas de privacidad de Primary Care Partners)

Firma \_\_\_\_\_ Nombre en letras de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Complete esta sección si el paciente tiene cobertura de Medicare

Para cumplir con las normativas de Medicare, responda las siguientes preguntas:

¿Usted o su cónyuge tienen empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿V.A. autorizó el tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Usted o su cónyuge tiene seguro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Está cubierto por el Programa Federal de Pulmón Negro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene una discapacidad o una enfermedad renal en etapa final?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Su cobertura secundaria a Medicare es Medigap?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Su enfermedad/lesión fue causada por un accidente automovilístico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Hay una cobertura de seguro primaria a Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
		¿Hay cobertura complementaria del empleador secundaria a Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

El abajo firmante certifica que se respondieron las preguntas con veracidad y autoriza a cualquier que posea información médica sobre mi persona a divulgarla a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información que necesiten para determinar estos beneficios o los beneficios que se deban pagar para los servicios relacionados.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre en letras de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_