

Forma de Registro y Autorizacion para Pacientes de NMPHC 2019

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Como Prefiere que lo Llamen	
Direccion <input type="checkbox"/> Homeless				Telefono Principal		Preferencia Para Mensajes: <input type="checkbox"/> Mensaje de voz <input type="checkbox"/> No me contacten <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electronico	
Calle				Orientation Sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual, Derecho(a) <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Prefiero No Revelar		Identidad de Genero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Genero Extran <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mujer Transgenero <input type="checkbox"/> Prefiero No <input type="checkbox"/> Hombre Transgenero Revelar	
Ciudad		Estado					
E-Mail Address:				Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		¿Come se entero de nosotros? <input type="checkbox"/> Familiares/Amigos <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Miembro del personal - _____ <input type="checkbox"/> Otro Proveedor de salud <input type="checkbox"/> Otro - _____	
Fecha de Nacimiento (00/00/0000)		Seguro Social		Ethnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano(a) o Latino(a) <input type="checkbox"/> Todos los Otros		¿Eres un Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Vives en una vivienda publica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lugar de Trabajo				Telephono de Trabajo			
Raza: Marque todos lo que le aplican <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco/Caucasian <input type="checkbox"/> Isleno Pacifico <input type="checkbox"/> Asiatico							

Si el Paciente es Menor de Edad Favor de Llenar esta Seccion

Nombre Completo de Padre (Madre) o Guardian		Seguro Social		Numero de Telefono	
Direccion				Lugar y Telefono de Trabajo	

Persona Responsable de Pagar

Nombre Completo		Seguro Social		Fecha de Nacimiento		Numero de Telefono	
Direccion		Lugar de Trabajo				Telephono de Trabajo	

Contacto de Emergencia – (No le comunicaremos informacion medica - solamente sera contacto de emergencia)

Nombre Completo		Direccion (Ciudad, Estado, Correo Postal)		Parentesco		Telefono	
-----------------	--	---	--	------------	--	----------	--

¿A Quien Podemos Contactar Acerca de Informacion Medica? (Si no pone nada - significa que a nadie)

Nombre Completo		Direccion (Ciudad, Estado, Correo Postal)		Parentesco		Telefono	
-----------------	--	---	--	------------	--	----------	--

1. Yo eh leido y entendido las Polizas de Privacidad de NMPHC acreca de la Proteccion de Informacion de Salud (PHI) bajo la ley de HIPAA y entiendo que mi contacto puede ser contactado s ies nesesarario. Yo estoy de acuredo con los terminus de las Polizas. Yo entiendo que puedo pedir una copia de las polizas y que tengo el derecho de revocar mi PHI..
2. Yo por este medio auturizo el servicio de pago incluyendo la informacion nesesaria para prosesar reclamasones. Yo eh presentado todas las tarjetas apropiadas para ser copiadas para poner en mi carpeta (ej. Medicare, Medicaid, Aseguranza).
3. Yo por este medio autorizo a NMPHC y sus empleados a proveerme tratamiento medico, dental, y comportamiento conforme sea considerado nesesarario para el paciente nombrado arriba.

Firma de Paciente/Guardian _____ Fecha _____



Aplicación de Desuento

Nombre de el/la paciente				Fecha de nacimiento			
					Office Use Only		
	Nombre	Relacion al paciente	Cantidad de ingresos	Frecuencia de ingresos		Proof Received	Proof Matches
Responsable del hogar							
Miembro de familia 2							
Miembro de familia 3							
Miembro de familia 4							
Miembro de familia 5							
Miembro de familia 6							
Miembro de familia 7							
Miembro de familia 8							
Miembros adicionales							
Firmando esto, yo confirmo que la informacion y documentacion que he dado de mi hogar y ingresos es verdad y estan completos.					Verifier Initials		
_____ Firma de paciente				_____ Fecha			
No deceo aplicar para servicios de descuento/ No dare pruebas de mis ingresos y de mi hogar.							
_____ Firma de paciente				_____ Fecha			