



FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

IDIOMA _____

REQUIERE TRADUCTOR? YES___NO___

INFORMACION DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE _____

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

NUMERO SEG. SOC. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ RAZA _____

ESTADO MARITAL _____ TELEFONO PRINCIPAL _____ TELEFONO ALTERNATIVO _____

EL MEJOR TELEFONO PARA LLAMARLE _____ CORREO ELECTRONICO _____

PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE EN ESTE NÚMERO? SI___ NO___ LA MEJOR HORA PARA LLAMARLE _____AM/PM

DIRECCION DEL PACIENTE _____

CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

DIRECCION PARA CORREO, SI ES DIFERENTE:

CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

INFORMACION DEL PAGADOR: (SOLAMENTE COMPLETE ESTA SECCION SI LA INFORMACION ES DIFERENTE A LA DEL PACIENTE)

NOMBRE DEL PAGADOR: _____

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PAGADOR: _____ NUM. SEG. SOC. DEL PAGADOR: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

EMPLEO: PACIENTE O PAGADOR (CIRCULE UNO)

NOMBRE DEL EMPLEO: _____

INFORMACION DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

SU RELACION CON EL PACIENTE: _____

DESEARIA APLICAR POR TARIFA REDUCIDA? SI _____ NO _____

Los pacientes que desean aplicar por tarifa reducida de los servicios prestados serán entrevistados para determinar su elegibilidad. Se requieren documentos apropiados como prueba de su información financiera.

AUTORIZACION ANUAL

Yo autorizo al personal médico y/o dental de MCR Health para proveer tratamiento medico y prescribir medicamentos, como ellos lo determinen necesario en: mi caso, mi hijo(a), mis hijos, mi esposo(a).

Yo, como padre, representante legal o adulto responsable, debo acompañar a todos mis hijos en la clínica y permanecer con ellos por la totalidad de la consulta medica.

Bajo penalidad de perjurio, yo declaro que la información adjunta es verdadera y correcta, y doy mi consentimiento para que MCR Health verifique esta información. Yo autorizo a MCR Health a divulgar cualquier información requerida por la compañía de seguros o por cualquier otra entidad, para facilitar el pago directo en mi nombre a la institución citada anteriormente. Yo estoy de acuerdo que en relación al tratamiento recibido:

en mi caso, mi hijo(a), mis hijos, mi esposo(a), yo asumiré el costo del tratamiento (s)

FIRMA: _____ FECHA: _____

SU RELACION CON EL PACIENTE: _____

AUTORIZACION PARA PROVEER INFORMACION A MEDICAD (Una copia de la tarjeta de Medicaid debe adjuntarse a esta autorización)

Yo certifico que soy beneficiario del programa de Medicaid, y pido que los pagos a mi cuenta y beneficios autorizados sean hechos en mi nombre. Yo autorizo a esta clínica y a su compañía de seguros, que tenga a disposición para la División de Servicios Familiares de la Florida, cualquier información concerniente a mi seguro medico y los archivos financieros relacionados con mi cuidado medico. Yo certifico que todos los pagos de la compañía de seguros sean asignados a esta clínica como pago por los servicios recibidos.

Firma del Cliente

Fecha

AUTORIZACION PERMANENTE PARA MEDICARE (Una copia de la tarjeta de Medicare debe adjuntarse a esta autorización)

Solicito que los pagos para cubrir los beneficios autorizados por Medicare sean hechos a mi persona o en mi nombre por los servicios provistos por MCR Health. Autorizo a cualquiera que tenga mi información médica o alguna otra información acerca de mi persona, a divulgar la toda información requerida por Health Care Financing Administration y sus agentes, para determinar los beneficios relacionados con los servicios recibidos.

Firma del Cliente

Fecha

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MÉDICA:

Yo autorizo a: **MCR Health**

A divulgar a: Manatee Board of County Commissioner – Community Services Department or Grantor of Ryan White Funding of Florida Department of Health or Manatee County Health Department.

Con el propósito de: Monitoria o Auditoria

_____ Mi historial médico completo y cualquier otra información de mi salud personal que sea requerida por el contrato pago, incluyendo cualquier expediente y notas médicas, resultados de laboratorio, estudios o exámenes de diagnóstico, radiografías, diagnóstico y tratamiento de SIDA y enfermedades venéreas, diagnóstico y tratamiento de condiciones mentales, abuso de alcohol o de sustancias no permitidas, notes de sicoterapia o psicología, documentos y notas del manejo de mi caso, archivos de la farmacia, archivos de cobranzas.

_____ Con excepción de la siguiente información que no debe ser divulgada. (Escriba ninguna si es el caso) _____ Toda la información que aquí autorizo a ser divulgada se mantendrá confidencial y no puede ser divulgada sin mi autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del cliente of guardián legal: _____ Fecha: _____

Use este espacio si el cliente desea revocar su autorización.

Firma del cliente of guardián legal: _____

Fecha



FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

1. Es usted indigente y vive en la calle? _____ Sí _____ No
2. Es usted un veterano del servicio militar? _____ Sí _____ No

En los últimos dos años o antes de su jubilación o incapacidad usted o La Cabeza del hogar ha tenido:

3. Usted o la Cabeza de su hogar han trabajado en agricultura: plantando, cosechando, cultivando o empacando cosecha como frutas o vegetales?

_____ Sí _____ No → Pare aquí
↓ (continúe con el # A)

- A. Usted o la Cabeza de su Hogar se han mudado de esta área a otro condado o a otro estado en busca de trabajo en agricultura?

_____ Sí → Trabajador Migratorio

_____ No ↓ (continúe con el # B)

- B. Su familia ha vivido en esta área y más de la mitad de sus ingresos provienen de trabajar durante la temporada agrícola?

_____ Si → Trabajador por Temporadas

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha