



Cumming Family Health Center Canton Family Health Center Bartow Family Health Center Dawsonville Family Health Center Highlands Medical Plaza

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y REGISTRO

Apellido: _____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de su Farmacia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

____ Divorciado(a) ____ Casado(a) ____ Pareja ____ Soltero(a)

____ Viudo(a) ____ Legalmente Separado(a) ____ Se Desconoce

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social # _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Otro: _____

Estudiante: Si _____ No _____ Esta Empleado(a): Si _____ No _____

Nombre del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____ Relación con el Paciente: _____

Datos de Facturación:

Persona Responsable de la Cuenta:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____

Relación con el Paciente: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Acuerdo de Contacto: Para poder tener en orden nuestras cuentas y coleccionar nuestros honorarios usted acepta que lo(a) contactemos por teléfono a cualquier número telefonico asociado con su cuenta, incluyendo celulares, que pueden resultar en cobros adicionales para usted. Asi mismo podremos contactarlo usando mensaje de texto y/o su correo electronico. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pre-grabados, mensaje de voz artificiales y/o el uso de un sistema automático.

Por favor marque todos los que correspondan:

Tiene el paciente una persona que lo(a) cuide? Sí _____ No _____

Nombre: _____

Relación con el Paciente: _____

Está usted incapacitado? Si _____ No _____

Tiene Usted Ordenes Anticipadas para el cuidado de sus últimos días? Sí _____ No _____

Ha servido en las Fuerzas Armadas? Sí _____ No _____

Sin Hogar? Sí _____ No _____

Trabajador Temporal? Sí _____ No _____

Trabajador Migrante? Sí _____ No _____

Necesita Interprete? Si _____ No _____

Raza: Por favor marque todos los que correspondan:

Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Asiático _____

Negro/Afroamericano _____ Multirracial _____

Nativo de Hawaii _____ No Desea Responder _____

Blanco _____

Grupo Etnico: Por favor marque lo que corresponda:

No Hispano _____

Hispano _____

No Deseo Responder _____

Información del Seguro Médico

Si, Yo tengo Seguro Médico: _____ No, Yo No tengo Seguro Médico _____

Nombre de la Persona Primaria en el Seguro Medico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social _____

Yo entiendo, que estoy requerido a presentar una copia de mi Seguro Medico o Prueba de Cobertura Médica en el momento de mi cita médica o sere responsable por el monto total de la cuenta de mi visita medica. **Iniciales** _____

Le Informamos: Las agencias que proporcionan fondos a Georgia Highlands Medical Services (GHMS) requieren que obtengamos la siguiente informacion. Es por medio de los fondos de estas agencias que (GHMS) puede ofrecerle precios economicos y un mejor servicio de cuidado a nuestros pacientes. Esta informacion **NO SERA** compartida con otras agencias.

Cual categoria describe mejor el ingreso anual de su familia?

_____ <\$10,000 _____ \$10,001-14,999 _____ \$15,000-19,999 _____ \$20,000-29,999
_____ \$30,000-49,999 _____ \$50,000-79,999 _____ \$ SOBRE \$80,000

Cual es el numero de familiares viviendo en su hogar que dependen de este ingreso anual? _____

Información de la Escala de Descuentos

Nosotros ofrecemos una escala de descuentos para los pacientes que califican. Esta usted interesado en aplicar?

_____ Sí, estoy interesado en aplicar para la Escala de Descuentos. Me gustaria una aplicación y entiendo que tengo que proveer la documentación necesaria para calificar para la Escala de Descuentos. **Iniciales** _____

_____ No, yo no estoy interesado(a) en aplicar para la escala de descuentos. Yo entiendo que puedo aplicar en un futuro. (Otra aplicación será necesaria donde se verificara los miembros de la familia y los ingresos requeridos para calificar para este servicio). **Iniciales** _____

Hay algun miembro de su familia que YA ES paciente de Georgia Highlands Medical Services? Si _____ No _____

Si la respuesta es sí, por favor liste los nombres y las fechas de nacimientos de cada uno.

Nombre:	Fecha de Nacimiento:

Pago y Consentimiento de Tratamiento Médico

Consentimiento para Tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento a cualquier tratamiento, pruebas de diagnóstico o estudios necesarios por cualquier proveedor o miembro del personal clínico de Georgia Highlands Medical Services. AUTORIZO TAMBIÉN EL MÉDICO, LA PRACTICANTE DE ENFERMERÍA, EL ASISTENTE MÉDICO, PARTERA O EL TRABAJADOR SOCIAL CLÍNICO LICENCIADO PARA DARME A MI O MI DEPENDIENTE EL CUIDADO MÉDICO RAZONABLE Y ADECUADO POR LOS ESTÁNDARES DE HOY. Georgia Highlands Medical Services es una entidad que participa en los Servicios del Programa Title X. También autorizo la divulgación de cualquier información médica, incluyendo información relacionada con la atención psiquiátrica, abuso de alcohol y drogas, y la información confidencial del VIH/ SIDA requerida en el procesamiento de reclamación de seguro, o cualquier información médica que sea necesaria para la revisión de la utilización o actividades de aseguramiento de calidad. Por la presente autorizo que mi seguro o los beneficios de Medicare sean pagados directamente a Georgia Highlands Medical Services. También entiendo que cualquier porción que no esté cubierta por el Seguro es mi responsabilidad de pagar. El pago se espera en el momento del servicio y Georgia Highlands Medical Services puede usar cualquier medio que se considere necesario para cobrar una deuda. Una fotocopia de esta autorización será considerada como efectiva y valida como la original. Toda la información anterior es correcta, y permanecerá en efecto hasta que sea revocado por mí por escrito.

Firma del Paciente/Representante: _____ **Fecha:** _____

Relación si no es el paciente: _____