

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - letra de imprenta	
<p>Apellido _____</p> <p>Primer nombre _____</p> <p>Nombre Preferido _____</p> <p>Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p>El ex Apellido _____</p> <p>Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento _____</p> <p>Número de la Seguridad Social: _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Código postal _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Condado de Residencia: _____</p> <p>Teléfono de casa _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p>Teléfono de trabajo _____</p> <p>Correo electrónico _____</p> <p>Prefiero ser contactado por: <input type="checkbox"/> Correo electrónico</p> <p><input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil</p> <p><input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Estas bien dejar mensaje</p> <p><input type="checkbox"/> NO deje un mensaje <input type="checkbox"/> No llame Número de casa</p> <p><input type="checkbox"/> No llame Trabajo <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Proveedor _____</p> <p>Farmacia _____</p> <p>Lengua hablada:</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Alaska <input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai</p> <p><input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Estado marital <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero</p> <p><input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p><input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>¿Puede usted salir de su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Migrante o trabajador agrícola de temporada? <input type="checkbox"/> Migrante</p> <p><input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No es un trabajador migrante o temporal</p> <p>Situación de vivienda <input type="checkbox"/> Vivir con alguien <input type="checkbox"/> En un refugio</p> <p><input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Vivienda de transición</p> <p><input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>¿Usted vive en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Eres un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Apellido del Padre/Tutor _____</p> <p>Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p>Apellido del pariente más cercano _____</p> <p>Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p style="text-align: center;">INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación _____</p> <p>Teléfono de casa _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p style="text-align: center;">INFORMACION DE EMPLEO</p> <p>Nombre del empleador _____</p> <p>Teléfono del empleador _____</p> <p>Su ocupación habitual _____</p> <p>Su industria habitual _____</p> <p style="text-align: center;">INFORMACIÓN DEL CUSTODIO (del que se envían las facturas)</p> <p>Relación con el Paciente _____</p> <p>Apellido _____</p> <p>Primer nombre _____</p> <p>Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Código postal _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Número de seguro social _____</p> <p>Teléfono de trabajo _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p>¿Cómo nos encontraste? <input type="checkbox"/> Un paciente ahora <input type="checkbox"/> Un amigo</p> <p><input type="checkbox"/> Guía de Paginas Amarillas <input type="checkbox"/> Radio publicidad</p> <p><input type="checkbox"/> Anuncio de periódico <input type="checkbox"/> Referido por un Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> La red mundial</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p style="text-align: center;">ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD GÉNERO</p> <p>NOTA: este dato es requerido para reportes de estadísticas federales y no esta asociado con pacientes individuales</p> <p>ORIENTACIÓN SEXUAL</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbianas, homosexuales, u homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexuales</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefieren no revelar que</p> <p>Identidad género</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra</p> <p><input type="checkbox"/> Transexual masculino /-mujer a hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Transgénero hombre / mujer a mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Genderqueer</p> <p><input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefieren no revelar que</p>

INFORMACIÓN DE SEGURO Y PAGO	
Seguros: <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro médico	¿Quieres solicitar descuentos de honorarios basado en el ingreso familiar y el tamaño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, ¿cumple con los criterios para obtener ingresos superiores al 250% de pobreza en la tabla disponible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Quieres información o ayuda con...
¿Cuál fue la razón si se le negó la cobertura? _____	<input type="checkbox"/> Solicitar descuento de honorarios <input type="checkbox"/> Aplicar para Medicaid
Número de personas que viven en su hogar? _____	<input type="checkbox"/> Solicitud de Medicare <input type="checkbox"/> Solicitud de PeachCare for Kids
Los ingresos totales para todos en su hogar \$ _____ cada <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Solicitud para el seguro de la ley de Cuidados de Salud Accesibles <input type="checkbox"/> Medicamentos accesibles <input type="checkbox"/> Otros _____

NOMBRE DE SU PLAN SEGUROS:	
Nombre del titular de la póliza en caso que no sea el paciente Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Nombre del empleador _____	Información de la póliza Relación del Paciente al titular de la póliza: _____ ID / Certificación de número: _____ Póliza / Número de grupo: _____

OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO PARA EL PACIENTE	
Nombre de su Plan Seguros: _____	
Nombre del titular de la póliza en caso que no sea el paciente Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Nombre del empleador _____	Información de la póliza Relación del Paciente al titular de la póliza: _____ ID / Certificación de número: _____ Póliza / Número de grupo: _____

MISIONES, COMUNICADO, y CONSENTIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> Autorizo MedLink Georgia, Inc., para proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y el tratamiento, y dirigir la aseguradora a pagar, sin equívocos, directamente a la MedLink Georgia, Inc., todas las prestaciones debidas como consecuencia del tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos, copagos, deducibles o co-seguro. Autorizo y consiento para MedLink Georgia me facturan directamente por los servicios recomendados realizados que no están cubiertos bajo los términos de mi plan de salud. Autorizo al médico para liberar cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Una copia de esta autorización será igual de valida que la original. Doy mi consentimiento a los cuidados médicos rutinarios prestados a mí o mi dependientes mediante los asistentes/proveedor médico(s). Doy mi consentimiento para el tratamiento por un Asistente Medico o enfermera de práctica avanzada que actúa bajo la supervisión de un médico MedLink Georgia. Reconozco que tengo derecho a las explicaciones sobre mi cuidado y tratamiento en un idioma y de una manera que asegura entiendo mis opciones de tratamiento Entiendo que tengo el derecho a negarse a recibir tratamiento después de riesgos y beneficios se han explicado. Doy mi consentimiento a los servicios de planificación de la familia voluntaria (X Título) si les solicito. Entiendo que todos los servicios del Título X son de carácter voluntario y confidencial. Yo entiendo que la obtención de servicios de Título X no es necesario y no es un requisito para obtener otros servicios en MedLink Georgia, Inc. Entiendo que no puedo ser rechazados por los servicios del Título X por no poder pagar. Entiendo que algunos servicios médicos profesionales como servicios de laboratorio y patología pueden ser contratistas independientes y me facturarán por separado por sus servicios. Reconozco que el tratamiento puede ser dictada en una emergencia sin consentimiento. Entiendo que MedLink Georgia, Inc. no será responsable si no sigo las instrucciones que me dan por el proveedor / médico (s).

Certifico que toda la información dada por mí es verdadero.

Firma _____
 Paciente de Padres Guardián

Fecha _____