

## 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>Genero reportado al nacer    <input type="checkbox"/> Masculin    <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>Telefono 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"/> Telefono 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/Áfroamericano    <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 viviendo <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;"><b>INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b></p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación _____</p> <p>Telefono de casa _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p style="text-align: center;"><b>INFORMACION DE EMPLEO</b></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;"><b>INFORMACIÓN DEL CUSTODIO (del que se envían las facturas)</b></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;"><b>ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD GÉNERO</b></p> <p>NOTA: este dato es requerido para reportes de estadísticas federales y no esta asociado con pacientes individuales</p> <p><b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b></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"/> Prefieren no revelar que</p> <p><b>Identidad género</b></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"/> Prefieren no revelar que</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p>

**INFORMACIÓN DE SEGURO Y PAGO**

Seguros:  Seguro Privado  Medicare  Medicaid  Sin seguro médico

¿Quieres solicitar descuentos de honorarios basado en el ingreso familiar y el tamaño?  Si  No

**Tamaño del hogar e ingresos anuales combinados**  
**Marque con un círculo el tamaño de la familia y luego observe el rango de ingresos. Encuentre donde se ubican los ingresos brutos de su hogar y encierre en un círculo la cantidad a la derecha.**

Tamaño de la familia	Rango de Ingresos				
	101% or Below	102%	103%	104%	Title X (NA)
1	\$13,590.00	\$16,987.50	\$20,385.00	\$27,180.00	\$33,975.00
2	\$18,310.00	\$22,887.50	\$27,465.00	\$36,620.00	\$45,775.00
3	\$23,030.00	\$28,787.50	\$34,545.00	\$46,060.00	\$57,575.00
4	\$27,750.00	\$34,687.50	\$41,625.00	\$55,500.00	\$69,375.00
5	\$32,470.00	\$40,587.50	\$48,705.00	\$64,940.00	\$81,175.00
6	\$37,190.00	\$46,487.50	\$55,785.00	\$74,380.00	\$92,975.00
7	\$41,910.00	\$52,387.50	\$62,865.00	\$83,820.00	\$104,775.00
8	\$46,630.00	\$58,287.50	\$69,945.00	\$93,260.00	\$116,575.00

**NOMBRE DE SU PLAN SEGUROS:**

<p><i>Nombre del titular de la póliza en caso que no sea el paciente</i></p> 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 _____	<p align="center">Información de la póliza</p> 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: _____	
<p><i>Nombre del titular de la póliza en caso que no sea el paciente</i></p> 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 _____	<p align="center">Información de la póliza</p> Relación del Paciente al titular de la póliza: _____ ID / Certificación de número: _____ Póliza / Número de grupo: _____

**MISIONES, COMUNICADO, y CONSENTIMIENTO**

- 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 \_\_\_\_\_