

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - letra de imprenta

Apellido _____
 Primer nombre _____
 Nombre Preferido _____
 Segundo nombre _____ Sufijo _____
 El ex Apellido _____
 Genero reportado al nacer [] Masculin [] Femenino
 Fecha de nacimiento _____
 Número de la Seguridad Social: _____
 Dirección _____
 Código postal _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Condado de Residencia: _____
 Telefono de casa _____
 Teléfono móvil _____
 Teléfono de trabajo _____
 Correo electrónico _____
 Prefiero ser contactado por: [] Correo electrónico
 [] Mensaje de texto [] Telefono de casa [] Teléfono móvil
 [] Teléfono de trabajo [] Estas bien dejar mensaje
 [] NO deje un mensaje [] No llame Número de casa
 [] No llame Trabajo [] Otros _____
 Proveedor _____
 Farmacia _____
 Lengua hablada:
 [] Inglés [] Español
 [] Otros _____
 Raza: [] Indio Americano/ Alaska [] Asiático
 [] Negro/Afroamericano [] Nativo de Hawai
 [] Otras islas del Pacífico [] Blanca
 [] Otros _____
 Origen étnico: [] Hispano / Latino [] No Hispano
 [] Otros _____
 Estado marital [] Casado [] Soltero
 [] Viudo [] Divorciado
 [] Separados [] Otros _____
 ¿Puede usted salir de su casa? [] Si [] No
 Migrante o trabajador agrícola de temporada? [] Migrante
 [] Temporal [] No es un trabajador migrante o temporal
 Situación de viviendo [] Vivir con alguien [] En un refugio
 [] En la calle [] Vivienda de transición
 [] No sin hogar [] Otros _____
 ¿Usted vive en una vivienda pública? [] Si [] No
 ¿Eres un veterano? [] Si [] No

Apellido del Padre/Tutor _____
 Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____

Apellido del pariente más cercano _____
 Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____
 Relación _____
 Telefono de casa _____
 Teléfono móvil _____

INFORMACION DE EMPLEO

Nombre del empleador _____
 Teléfono del empleador _____
 Su ocupación habitual _____
 Su industria habitual _____

INFORMACIÓN DEL CUSTODIO (del que se envían las facturas)

Relación con el Paciente _____
 Apellido _____
 Primer nombre _____
 Segundo nombre _____ Sufijo _____
 Fecha de nacimiento _____
 Dirección _____
 Código postal _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Número de seguro social _____
 Teléfono de trabajo _____
 Teléfono móvil _____

¿Cómo nos encontraste? [] Un paciente ahora [] Un amigo
 [] Guía de Paginas Amarillas [] Radio publicidad
 [] Anuncio de periódico [] Referido por un Hospital
 [] Televisión [] La red mundial
 [] Otros _____

ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD GÉNERO

NOTA: este dato es requerido para reportes de estadísticas federales y no esta asociado con pacientes individuales

ORIENTACIÓN SEXUAL

[] Lesbianas, homosexuales, u homosexual
 [] Heterosexual o heterosexuales
 [] Bisexual [] Algo mas
 [] Prefieren no revelar que

Identidad género

[] Masculino [] Hembra
 [] Transexual masculino /-mujer a hombre
 [] Transgénero hombre / mujer a mujer
 [] Prefieren no revelar que
 [] Otro

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:

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 Masculino 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 Masculino 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

- 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 _____