

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 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>Telefono 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"/> 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"/> 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	\$15,060.00	\$18,825.00	\$22,590.00	\$30,120.00	\$37,650.00
2	\$20,440.00	\$22,550.00	\$30,660.00	\$40,880.00	\$51,100.00
3	\$25,820.00	\$32,275.00	\$38,730.00	\$51,640.00	\$64,550.00
4	\$31,200.00	\$39,000.00	\$46,800.00	\$62,400.00	\$78,000.00
5	\$36,580.00	\$45,725.00	\$54,870.00	\$73,160.00	\$91,450.00
6	\$41,960.00	\$52,450.00	\$62,940.00	\$83,920.00	\$104,900.00
7	\$47,340.00	\$59,175.00	\$71,010.00	\$94,680.00	\$118,350.00
8	\$52,720.00	\$65,900.00	\$79,080.00	\$105,440.00	\$131,800.00

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 INFORMACION 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 _____