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 trabajadore 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 estadisticas 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

Tamano del hogar e ingresos anuales combinados

Marque con un circulo el tamano de la familia y luego observe el rango de ingresos. Encuentre donde se ubican los ingresos brutosde su hagar y encierre en un circulo la cantidad a la drecho.

Tamano de la familia	Rango de Ingresos				
	101% or Below	102%	103%	104%	Title X (NA)
1	$15,960.00	$19,950.00	$23,940.00	$31,920.00	$39,900.00
2	$21,640.00	$27,050.00	$32,460.00	$43,280.00	$54,100.00
3	$27,320.00	$34,150.00	$40,980.00	$54,640.00	$68,300.00
4	$33,000.00	$41,250.00	$49,500.00	$66,000.00	$82,500.00
5	$38,680.00	$48,350.00	$58,020.00	$77,360.00	$96,700.00
6	$44,360.00	$55,450.00	$66,540.00	$88,720.00	$110,900.00
7	$50,040.00	$62,550.00	$75,060.00	$100,080.00	$125,100.00
8	$55,720.00	$69,650.00	$83,580.00	$111,440.00	$139,300.00

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

- Acepto la responsabilidad financiera de todos los servicios un cubierto, incluyendo copagos, deducibles y cualquier cargo según la escala de tarifas variables. Se espera el pago en el momento del servicio.
- Autorizo a MedLink Georgia a facturarme los servicios no cubiertos por mi plan de salud.
- Hay asistencia disponible para determinar la elegibilidad a través de terceros si usted lo pide.
- Autorizo a MedLink Georgia a compartir información con las compañías de seguros para el procesamiento de reclamaciones y el pago directo de beneficios.
- Entiendo que MedLink Georgia participa en redes de intercambio de historiales médicos para la coordinación de la atención, y doy mi consentimiento.
- Doy mi consentimiento para la atención de rutina por parte de los médicos de MedLink Georgia o los asistentes médicos y/o enfermeros practicantes supervisados.
- Tengo derecho a recibir explicaciones claras en el idioma y de forma que entiendo, y a rechazar el tratamiento después de recibir información sobre los riesgos y beneficios.
- Los proveedores pueden utilizar la escucha ambiental con inteligencia artificial para mejorar la documentación clínica. Esto garantiza detalles médicos precisos y permite a los proveedores centrarse en su atención. Toda la información se gestiona de forma segura y cumple con la normativa HIPAA. Si firma significa su consentimiento, que puede revocar en cualquier momento informando a su proveedor.
- Doy mi consentimiento para los servicios voluntarios y confidenciales de planificación familiar de Título X, que no son requeridos para recibir otra atención. No se me pueden negar estos servicios par incapacidad de pago.
- Entiendo que las pruebas de VIH están incluidas en las pruebas estándar de detección preventiva y puedo rechazarlos.
- Reconozco que algunos servicios, como análisis de laboratorio y patología, pueden ser facturados por separado por contratistas independientes.
- Se puede proporcionar tratamiento de emergencia sin necesidad de consentimiento adicional.
- MedLInk Georgia no es responsable de seguir las instrucciones de un proveedor fuera de su atención.
- Una copia de esta autorización es válida como el original.

Certifico que toda la información dada por mí es verdadera.

Firma _____ Fecha _____

[ ] Paciente [ ] de Padres [ ] Guardián