



## HOJA DE REGISTRO

Paciente Nuevo

Paciente Establecido

Fecha de Hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Informacion del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre, Inicial):  
\_\_\_\_\_

Nombre de Soltera/o u Otro Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

No. de Teléfono \_\_\_\_\_ No. Celular ó de Trabajo \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Raza: Blanco(a) de descendencia Latino/Hispano \_\_\_\_\_ Negro(a) de descendencia Latino/Hispano \_\_\_\_\_

Indio(a) Americano o Nativo(a) de Alaska de descendencia Latino/Hispano \_\_\_\_\_ Mas de una raza \_\_\_\_\_

Reuso/rechazo responder \_\_\_\_\_ Caucásico (Blanco) \_\_\_\_\_ Afro-Americano (Negro) \_\_\_\_\_

Americano Nativo \_\_\_\_\_ Oriental \_\_\_\_\_

Eres veterano de las fuerzas Armadas de Los Estados Unidos?  Si  No

### Persona Responsable Por la Cuenta

Nombre de Persona Responsable \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Informacion de su Aseguranza

Tiene seguro medico?  Si continúe abajo.  No – complete la aplicación para ayuda Financiera.

Si lo tiene, favor marcar cual:  Medicare  Medicaid  CHIP  Otro tipo de seguro medico

Seguro Médico Principal \_\_\_\_\_

Seguro Médico Secundario \_\_\_\_\_

**(VOLTEAR LA HOJA)**

Escala para Descuento por Servicios y Honorarios

Entiendo que para recibir el descuento federal por los servicios otorgados en el Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah, se me requiere proporcionar la prueba de ingreso para todos los asalariados en mi casa. Entiendo que todas las fuentes de ingreso, incluyendo salario, desempleo, seguro social, jubilación, asistencia después del divorcio, apoyo financiero de los niños e incapacidad serán incluidos. Entiendo que la verificación del ingreso es requerida y puede incluir talones de cheque, cartas de empleadores, copias de información de los impuestos y/o documentos de servicios de gobierno. **Entiendo que a mi familia se le cobrará el 100% del costo de los servicios hasta que las pruebas se proporcionen.**

Entiendo que la prueba de ingresos me permite recibir descuentos por los servicios. Sé que pagaré un co-pago por cada visita y podrá haber cargos extras dependiendo de los servicios recibidos.

Entiendo que si tengo seguro de salud, el Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah puede descontar deductibles y co-pagos de seguro de salud con la prueba de los ingresos.

Firma del paciente/custodio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**EL PAGO ES REQUERIDO AL TIEMPO DE SERVICIO.**  
**FAVOR DE LEER Y FIRMAR LO SIGUIENTE:**

**VERIFICACIÓN DE INGRESOS** \_\_\_\_\_ **(Inicial)**

Yo entiendo que para calificar a un precio reducido del cuidado médico, necesito entregar prueba de mis ingresos, mensuales, para verificar mis ingresos. Si no lo puedo presentar ahora, el Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah me dara 7 dias para traerlo. Tambien entiendo que mi verificación tiene que ser revisada cada 6 meses.

**ACUERDO FINANCIERO Y PROVISIÓN DE INFORMACIÓN** \_\_\_\_\_ **(Inicial)**

Autorizo al Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah para cobrar a mi aseguranza por los servicios prestados. También autorizo a el Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah para dar parcial ó total información de los records del paciente a cualquier persona u organización responsable por dichos pagos. Doy permiso a que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la forma original, y requiero que los beneficios medicos que cubren mi aseguranza sean pagados al Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah. Entiendo que si no hay ningún beneficio o aseguranza disponibles, soy responsable por todos los pagos de esta cuenta y por todos los honorarios incurridos en los esfuerzos de colección de cualquier cobro vencido, incluyendo honorarios de agencies de colección ó tramites legales y abogados.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD** \_\_\_\_\_ **(Inicial)**

Me han dado a saber de mis derechos y responsabilidades de ser paciente de el Centro de Salud Comunitario del Sudoests de Utah y he recibido una copia de los Derechos y Responsaabilidades de los Pacientes el cual avisa mis Derechos de Privacidad y de las Practicas de la Clinica.

**PERMISO DE TRATAMIENTO** \_\_\_\_\_ **(Inicial)**

Doy mi autorización al Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah, a sus doctores y proveedores médicos a que me examinen de todo lo que sea necesario para el bien de mi salud y también que se me den las medicinas e inyecciones que sean necesarias en caso de tener alguna enfermedad.

He leído toda la información que esta arriba y estoy de acuerdo con todo. Yo verifico que la información dada y la documentación de ingresos esta completa, que es verdadera y correcta segun mi entendimiento. Entiendo que verificación de la información dada puede ser requerida a cualquier hora y por cualquier razón. Si soy inelible mis servicios pueden ser terminados inmediatamente y/o ser procesado por fraude/perjurio. Notificaré al Centro de Salud Comunitario del Sudoeste de Utah de cualquier cambio de mi estado de salud, o de la información ya mencionada.

**Firma (Si es menor de edad, firme la persona responsable.)** \_\_\_\_\_ **Relación al Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_