

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Seguro Social: - -
Dirección de envío :		Fecha de Nacimiento: / /	
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Estatus de Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Correo Electronico: _____
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Teléfono de casa: _____ Teléfono movil _____	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre / Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer / Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Género queer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no divulgar			
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbianas, homosexuales o homosexuales <input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Elija no divulgar			
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra isla Del Pacifico <input type="checkbox"/> Elija no divulgar			
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Latino o Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido			
Estado sin hogar: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Compartiendo habitación <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> En la Calle <input type="checkbox"/> Transición			
Condición de trabajador migrante: <input type="checkbox"/> No es un trabajador Agricola <input type="checkbox"/> Emigrante <input type="checkbox"/> Temporal			
Lenguaje Primario: _____		Necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Veterano de Guerra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Apellido:	Relación con el paciente:	Teléfono: ()
---------	-----------	---------------------------	------------------

PARTE RESPONSABLE- Sólo llene si el paciente es menor de 18 años de edad.

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Teléfono: ()
Fecha de Nacimiento: / /	Relación con el paciente:	Dirección si es diferente:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO *SI TIENE ATENCION MEDICA ADMINISTRADA FAVOR DE TRAER SU TARJETA*

Tiene seguro médico? Si No *Si es asi, por favor proporcione a la recepcionista su tarjeta de seguro.

Nombre de la Compañía de Seguros : _____ Cantidad del Copago: _____

Nombre de Suscriptor Primario: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Seguro Social del Suscriptor: ____-____-____ Relación con el Paciente : _____

*** Si usted no tiene seguro médico, le gustaría ser contactado por un Consejero Certificado ***

* Programas como: NE Medicaid Si No *Asistencia Económica Si No *Mercado de seguros Si No

TAMAÑO DEL HOGAR Y EL INGRESO – Miembros del hogar (incluyendose a usted mismo)

Nombre de las personas en el hogar	Fecha de Nacimiento	Relación	Ingreso
		Paciente	

Heartland Health Center

Embracing people, inspiring health

a nebraska *health+* center

Número de personas en mi hogar: _____	Ingresos del hogar \$_____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
---------------------------------------	--

Deseo solicitar tarifas de descuento, voy a proporcionar información completa acerca de mis ingreso familiares

Deseo facturar a mi Seguro

Es necesario transporte Si No

Costo de los servicios se basa en un descuento de una tarifa movil. Usted es responsable de cualequier balance que no sea aplicado a su cuenta. Entiendo que la información que proporcione en este formulario es completa y correcta a lo mejor de mi conocimiento.
 Iniciales: _____ Fecha: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN :

Yo autorizo a la Heartland Health Center a reveler mi información de atención médica y para discutir mis necesidades de atención de salud a los que designo. Además, autorizo la divulgación de mi información de facturación y dar a estas personas la posibilidad de recoger recetas y / o medicamentos en mi nombre. Estos individuos serán considerados por los contactos de emergencia. Sin autorización, ninguna información puede ser compartida. Autorizo a Heartland Health Center a revelar mi información de salud personal con las siguientes personas:

Nombre - Apellido:	Relación:	Teléfono:
Nombre - Apellido:	Relación:	Teléfono:

Direcciones: Por favor circule el tamaño de la familia y el rango anual de ingresos del hogar (debe estar en la misma fila)

Tamaño de la familia	Rangos de ingresos anuales					
1	\$0-\$12,060	\$12,061-\$15,075	\$15,076-\$18,090	\$18,091-\$21,105	\$21,106-\$24,120	Mas de \$24,120
2	\$0-\$16,240	\$16,241-\$20,300	\$20,301-\$24,360	\$24,361-\$28,420	\$28,421-\$32,480	Mas de \$32,480
3	\$0-\$20,420	\$20,421-\$25,525	\$25,526-\$30,630	\$30,631-\$35,735	\$35,736-\$40,840	Mas de \$40,840
4	\$0-\$24,600	\$24,601-\$30,750	\$30,751-\$36,900	\$36,901-\$43,050	\$43,051-\$49,200	Mas de \$49,200
5	\$0-\$28,780	\$28,781-\$35,975	\$35,976-\$3,170	\$43,171-\$50,365	\$50,366-\$57,560	Mas de \$57,560
6	\$0-\$32,960	\$32,961-\$41,200	\$41,201-\$49,440	\$49,441-\$57,680	\$57,681-\$65,920	Mas de \$65,920
7	\$0-\$37,140	\$37,141-\$46,425	\$46,426-\$55,751	\$55,171-\$64,995	\$64,996-\$74,280	Mas de \$74,280
8	\$0-\$41,320	\$41,321-\$51,650	\$51,651-\$61,980	\$61,981-\$72,310	\$72,311-\$82,640	Mas de \$82,640

POR FAVOR, LEA LO SIGUIENTE:

Mi firma abajo indica que de conformidad con HIPAA, estoy consciente de la Política de Privacidad de Heartland Health Center, Derechos y Responsabilidades del Paciente, y Políticas Financieras que están disponibles para mí a petición mia.

Mi firma indica que asigno pagos de mis compañías de seguros a pagar directamente a Heartland Health Center. Entiendo que la facturación de cualquier seguro secundario es mi responsabilidad. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que sean o no pagados por el seguro. Entiendo que mi información de atención de salud puede ser revelada para la información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y la determinación de los beneficios del seguro.

Mi firma a continuación también le da al personal del Heartland Health Center, permiso para examinar y tratar a mí mismo, o mi hijo/a menor de edad, o de mi tutela _____ dentro de los límites de los servicios prestados de la clínica

Nombre del paciente

_____ Firma del Paciente o Parte Responsable	_____ Fecha
---	----------------

Para uso de la oficina:	Initials: _____ Date: _____																		
Verified Total Income _____	Proof of Income Provided: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																		
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Copay Code: 35.00</td> <td>40.00</td> <td>45.00</td> <td>50.00</td> <td>55.00</td> <td>Full Fee</td> </tr> <tr> <td>Insurance</td> <td>Medicaid</td> <td>Medicare</td> <td colspan="3">EWM</td> </tr> <tr> <td>WeeklyX52</td> <td>Bi-WeeklyX26</td> <td>MonthlyX12</td> <td colspan="3">AnnuallyX1</td> </tr> </table>	Copay Code: 35.00	40.00	45.00	50.00	55.00	Full Fee	Insurance	Medicaid	Medicare	EWM			WeeklyX52	Bi-WeeklyX26	MonthlyX12	AnnuallyX1			
Copay Code: 35.00	40.00	45.00	50.00	55.00	Full Fee														
Insurance	Medicaid	Medicare	EWM																
WeeklyX52	Bi-WeeklyX26	MonthlyX12	AnnuallyX1																