

Check if up to date

## Registro del Paciente

### Información del Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

 Fecha de Nacimiento        /        /              Masculino     Femenino  
mes      día      año

Dirección \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

 Teléfono móvil \_\_\_\_\_       Si, deje un mensaje       No deje un mensaje

 Idioma Preferido:     Español       Inglés       Otro \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

|                 |                                     |                             |                             |  |
|-----------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| El paciente es: | Indigente?                          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo |
|                 | Un trabajador agrícola?             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo |
|                 | Un veterano militar estadounidense? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo |

#### Etnicidad

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo | <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Cubano   |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino      | <input type="checkbox"/> Mexicano          | <input type="checkbox"/> Otro Hispano o Español                             |
|  | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño    | <input type="checkbox"/> Hispano Combinado, ejemplo: salvadoreño y mexicano |

#### Raza

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Coreano                            |
| <input type="checkbox"/> Blanco              | <input type="checkbox"/> Indio      | <input type="checkbox"/> Hawaiano                           |
| <input type="checkbox"/> Negro               | <input type="checkbox"/> Chino      | <input type="checkbox"/> Samoano                            |
| <input type="checkbox"/> Otro Asiático       | <input type="checkbox"/> Filipino   | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico           |
|  | <input type="checkbox"/> Japonés    | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska |

### Parte Responsable o Tutor (si es diferente del paciente)

 Nombre \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento        /        /         
mes      día      año

### Contacto de Emergencia

 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono debe ser **diferente** al número del paciente \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**Información del Seguro Médico**

Tipo de la aseguradora:  Medicaid  CHIP  Medicare  Otro \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

**Información Financiera y Tarifas**

LBU Community Clinic ofrece descuentos a los clientes que califican. Si desea que se le considere para un descuento de escala de tarifas, necesitaremos los ingresos de su hogar para determinar su elegibilidad. Los comprobantes de ingresos pueden incluir talones de cheques o formularios W-2.

- Sí, me gustaría ser considerado para el programa de descuento de escala de tarifas.
- No, no deseo ser considerado para un descuento según la escala de tarifas.

**Firmas**

Derechos del paciente: Entiendo mis derechos y responsabilidades tal como se describen en los:

- Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Aviso de Prácticas de Privacidad

Consentimiento para compartir electrónicamente e intercambiar información de salud (HIE): Doy permiso para que LBU comparta y obtenga mi información de salud mediante tecnología para mi atención, facturación y otros servicios de salud.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios médicos y dentales que no cubra el seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal      Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal de la Oficina Administrativa      Fecha

| <i>Sólo para uso de oficina</i>            |               | <i>Financial Information</i>   |
|--|---------------|--|
| Family Names                               | Date of Birth | <u>Income frequency (circle all that apply):</u><br>Paid weekly x 52<br>Paid every 2 weeks x 26<br>Paid twice monthly x 24<br>Paid monthly x 12<br><br><u>Documentation</u><br>Check stubs<br>Annual Tax Return<br>Attestation |
|  |               |  |
|  |               |  |
|  |               |  |
|  |               |  |
|  |               |  |
|  |               |  |
|  |               |  |
| Total Gross Annual Income for Household \$ |               |  |
| Total in household including dependents    |               |  |
| LBU Fee Category (A, B, C, D, E):          |               |  |