



Formulario de Registro de Servicios Clínicos

¡Bienvenido a SNHD!

LABEL

Por favor complete el formulario de la mejor manera posible. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con nosotros.

1. ¿Qué servicios necesita hoy? (marque todas las opciones que correspondan)

Inmunizaciones Clínica para Familia Planificación Familiar Clínica Refugiados Tuberculosis (TB) Servicios de Salud Sexual

2. Información del cliente/paciente (letra manuscrita o de molde con tinta)

Apellido (paterno)	Apellido (materno)	Nombre	N.º del Seguro Social
Fecha de Nacimiento:	Mes Día Año	Edad	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual: <input type="checkbox"/> Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Hombre a mujer <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada/Pareja <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viven juntos
Dirección	N.º de apartamento/ edificio	Ciudad	Estado Código postal
Teléfono principal: () ¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo: () ¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono alternativo: () ¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medio de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico Ingresar la dirección de correo electrónico			

Raza: <small>(marque todo lo que corresponda)</small>	<input type="checkbox"/> Afroamericano/negro	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska	Origen étnico: <small>Seleccione una opción</small>	<input type="checkbox"/> No Hispano
	<input type="checkbox"/> Caucásico/blanco (incluido Hispano)	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder			<input type="checkbox"/> Hispano
	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

3. Parte responsable

Nombre: _____ Relación: Cliente/paciente Padres/tutor Cónyuge/pareja Otro

Dirección igual a la anterior Dirección Ciudad Estado Código postal

Si es diferente, complete lo siguiente:

4. Información de pago/seguro PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO/MEDICAID AL MOMENTO DE REGISTRARCE

¿Tiene usted seguro médico? Sí No ¿Medicaid? Sí No ¿Seguro médico privado? Sí No

¿Está bien que facturemos a su seguro? Sí No Si su respuesta es no, por favor explique por qué: _____

¿Está bien que enviemos cartas de los estados de cuenta a su casa? Sí No

Si su respuesta es no, por favor facilítenos la dirección o correo electrónico de su preferencia.

Compañía de seguros principal	Nombre del asegurado	Relación: <input type="checkbox"/> Cliente/paciente <input type="checkbox"/> Padres/tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Otro
--------------------------------------	----------------------	---

Nombre del empleador	Fecha de nacimiento	Número de grupo
----------------------	---------------------	-----------------

Número de contacto de la compañía de seguros (figura en el reverso de la tarjeta)	Número de ID
---	--------------

Dirección igual a la anterior. Si es diferente, complete lo siguiente: Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono principal: ()

Compañía de seguros secundaria	Nombre del asegurado	Relación: <input type="checkbox"/> Cliente/paciente <input type="checkbox"/> Padres/tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Otro
---------------------------------------	----------------------	---

Nombre del empleador	Fecha de nacimiento	Número de grupo
----------------------	---------------------	-----------------

Número de contacto de la compañía de seguros (figura en el reverso de la tarjeta)	Número de ID
---	--------------

Dirección igual a la anterior. Si es diferente, complete lo siguiente: Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono principal: ()

5. Reconocimiento de la responsabilidad del pago de servicios y la asignación de beneficios

Certifico que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo a SNHD a facilitar a la compañía de seguros del asegurado toda la información que tal compañía solicite en relación a los servicios prestados en el presente. Asigno a SNHD todos los beneficios de mi seguro, en su caso; de lo contrario, se me deberá pagar por los servicios prestados. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, ya sea que estén o no cubiertos por el seguro. Autorizo el uso de esta firma para todas las solicitudes del seguro. Notificaré a SNHD por escrito en caso de cualquier cambio en la cobertura de seguro de mi hijo menor o mía. Esta autorización continuará y permanecerá en vigencia hasta que sea revocada por escrito por mí. Si su cuenta se vence, significa que no se pagó dentro de los 30 días posteriores a la primera fecha de facturación. En caso de que usted no pueda realizar el pago total o haga cualquier arreglo satisfactorio para tal pago dentro de los 60 días posteriores a su primera factura (o en caso de que no podamos notificarlo), el saldo se podrá facturar a nuestra agencia de recaudaciones. Se aplicará un cargo de \$25 a todas las cuentas de recaudaciones. Además, usted será responsable de todos los porcentajes adicionales de los honorarios o costos calculados sobre la base del contrato vigente de nuestra empresa de recaudación de pagos, de los honorarios de abogados, las tasas judiciales, los honorarios de servicios y diversos honorarios o costos asociados.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA _____ **FIRMA** _____

FECHA _____ **Relación:** *Misma Persona* *Padre/Madre o Guardian*