

Formulario de registro y autorización de pacientes de NMPHC

Identificación del paciente					
Apellido legal		Nombre legal		Nombre de pila utilizado	segundo nombre, sufijo
Sexo legal ☐ Femenino ☐ Masculino		DOB	SSN	Doncella de la madre	
Contacto con el paciente					
Dirección		Código postal	Ciudad	Estado	Correo electrónico del paciente
Consentimiento para recibir correspondencia automatizada					
Llamadas ☐ Sí ☐ No	Textos ☐ Sí ☐ No	Teléfono móvil	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Teléfono principal ☐ Móvil ☐ Hogar ☐ Trabajo
Datos demográficos de los pacientes					
Idioma ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otros _____ ☐ Se negó a responder		Raza ☐ Asiático ☐ Negro / Afroamericano ☐ Blanco ☐ Mexicano-Americano ☐ Nativo de Hawái u otro ☐ Otros _____ ☐ Se negó a responder		Origen étnico ☐ Hispanos o latinos ☐ Ni hispanos ni latinos ☐ Se negó a responder	
Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Pareja ☐ Se negó a responder				Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Se negó a responder	
Programa de Descuento de Tarifa Variable					
¿Le gustaría al paciente participar en el Programa de Descuento de Tarifa Variable? ☐ Sí, Participar ☐ No, Negarse a Participar			Tamaño de la familia _____ ☐ Rechazado	Ingresos Total _____ ☐ Rechazado	
Trabajador Agrícola ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado	Estatus de Homeless ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado	Paciente de un centro de salud escolar ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado	Estatus de Veterano ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado	Paciente de Vivienda Pública ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazado	
Información de facturación					
Nombre del seguro _____			ID #: _____		
Nombre del titular de la póliza: _____			Grupo #: _____		
Información de contacto de emergencia					
Nombre		Relación		Teléfono de casa	Teléfono móvil
Divulgación de información					
Nombre		Relación		Teléfono de casa	Teléfono móvil
Información de Empleo					
Nombre del empleador		Teléfono del empleado	Apellido del guardián	Nombre del Guardián	
Información del Garante					
Apellido del garante		Nombre del garante	segundo nombre, sufijo	Fecha de nacimiento del garante	
Declaración del Garante Dirección Postal		Código postal	Ciudad	Estado	
☐ He leído y reconozco la Política de privacidad de NMPHC con respecto a mi información médica protegida (PHI) según la ley HIPAA y entiendo que mi persona de contacto mencionada anteriormente puede ser contactada según sea necesario para ayudarme. Estoy de acuerdo con los términos de la política. Entiendo que puedo retener una copia de la póliza solicitando una y tengo el derecho de enmendar o revocar mi PHI. ☐ Por la presente autorizo el pago de los servicios, incluyendo la información necesaria para procesar las reclamaciones. He enviado todas las tarjetas apropiadas para que se copien en mi archivo (por ejemplo, Medicare, Medicaid y Seguro). ☐ Por la presente autorizo y doy permiso a NMPHC y a sus empleados para proporcionar el tratamiento médico, dental y/o conductual que se considere necesario para el paciente mencionado anteriormente.					
Firma del paciente/tutor _____			fecha _____		