

Blue Ridge Community Health Services, Inc.

Formulario De Registracion Del Paciente

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (Padre o Custodio Legal o Usted Mismo.)

NOMBRE PRIMER		IM		APELLIDO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
PO BOX (SI LE APLICA A USTED)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO	ESTATUS MARITAL Soltero Casado Divorciado Viudo Separado		
ESTATUS DE EMPLEO (CIRCULE UNO) Estudiante de Tiempo Completo(C) Estudiante de Tiempo Parcial(P) Tiempo Completo (1) Media Jornada (2) Desempleado (3) Trabajo por su Propia Cuenta (4) Jubilado (5) Ejercito (6)				NUMERO TELEFÓNICO DE SU TRABAJO	
NOMBRE DE SU TRABAJO			DIRECCIÓN DE SU TRABAJO		
TRABAJADOR AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> EMIGRANTE					

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE PRIMER		IM		APELLIDO		PARENTESCO A LA PARTE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> USTED MISMO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CONDIGO POSTAL	CONDADO		
PO BOX (SI LE APLICA A USTED)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO		
NUMERO TELEFÓNICO DE SU CASA	NU DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO	IDIOMA PRINCIPAL			
ESTATUS MARITAL Soltero Casadas Divorciadas Viudo Separado		ESTATUS DE EMPLEO (CIRCULE UNO) Estudiante de Tiempo Completo(C) Estudiante Tiempo Parcial(P) Tiempo Completo (1) Media Jornada (2) Desempleado (3) Propia Cuenta (4) Jubilado (5) Ejercito					
NOMBRE DE SU TRABAJO		DIRECCIÓN DE SU TRABAJO			NUMERO TELEFÓNICO DE SU TRABAJO		
RAZA <input type="checkbox"/> 2 AFROA/MERICANO <input type="checkbox"/> 1 BLANCO (no Hispano) <input type="checkbox"/> 6 HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> 8 ASIÁTICO/ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> 4 INDIO AMERICANO <input type="checkbox"/> 9 OTRO		TRABAJADOR AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> EMIGRANTE		TIPO DE HOGAR <input type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/> CALLE <input type="checkbox"/> REFUGIO <input type="checkbox"/> TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> OTRO			
CONTACTO DE EMERGENCIA		PARENTESCO AL PACIENTE			NUMERO TELEFÓNICO		

SEGURO MEDICO

ASEGURANZA PRINCIPAL	ID#	GRUPO #	DIRECCIÓN DE SU ASEGURANZA
NOMBRE DEL QUE TIENE ASEGURANZA	PATRON DEL QUE TIENE SEGURO MEDICO		PARENTESCO A LA PARTE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO _____
SEGURO MEDICO SECUNDARIO	ID#	GRUPO #	DIRECCIÓN DE SU ASEGURANZA
NOMBRE DEL QUE TIENE ASEGURANZA	PATRON DEL QUE TIENE SEGURO MEDICO		PARENTESCO A LA PARTE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO _____

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN

Yo doy consentimiento para que se me examine medica y mentalmente, para que se me de tratamiento o se me haga algún procedimiento durante mi visita a esta oficina, incluyendo tratamientos de emergencia considerados necesarios por su proveedor medicinal o dental. Yo comprendo que si se necesita hacer algún procedimiento invasivo se me proveerá un formulario de consentimiento en ese entonces. Yo doy mi permiso a BRCHS a relevar cualquier información medica o dental a Medicare, Medicaid, o algún otro seguro medico para recibir pago por los servicios médicos o dentales que se hayan provisto a mi o cualquier otra persona mencionada en este Formulario de Registracion del Paciente. Yo comprendo que soy responsable y que se me requiere que pague a BRCHS cualquier co-pago, deducible, o cualquier tarifa que no cubra Medicare, Medicaid, o mi seguro medico, asi como cualquier balance que deba a BRCHS. Se espera que pague cualquier deducible o co-pago el día en el que se rindieron servicios.

FIRMA: X **FECHA:** _____ **TESTIGO:** _____ **FECHA:** _____

FOR INTERNAL USE ONLY

ACCOUNT NO.	CHART NO.	COPY OF INSURANCE	INSURANCE VERIFIED	DATA ENTRY CLERK INITIALS
-------------	-----------	-------------------	--------------------	---------------------------