



PRIMARY CARE & HOPE CLINIC

Revised 11/2018

Teléfono: 615-893-9390 Fax: 615-893-4162

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Celular: _____

Modo de contacto preferido: Teléfono de casa Celular **Podemos dejar un mensaje de voz? :** Sí No

Tipo de mensaje: Mensaje Detallado Mensaje Breve N/A

¿Desea recibir los recordatorios por medio de mensajes de texto?: Sí No

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Género: Hombre Mujer Transgénero ¿Que género te identifica su compañía de seguro? H M

Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: _____

¿Tienes una directiva anticipada? Sí o No _____ ¿Eres un Veterano? Sí o No _____ Referido Por: _____

Raza (**circule todo lo que le corresponda**): Negro, Blanco, Asiáticos, Isleños del Pacífico, Etnicidad Indígena Americano _____

Etnicidad: Latino(a) o no Latino(a) _____ Idioma (**circule uno**) Inglés, Español u Otro: _____

Circule el que le aplica a usted: Casa Propia _____ Renta _____ Vivienda Pública _____ Sin Hogar _____

2. SI ES MENOR DE EDAD, PONGA LA INFORMACION DE LOS PADRES (PERSONA RESPONSABLE)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: H o M _____ Relación al Paciente: _____

Empleo: _____ Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: _____

3. EN CASO DE UNA EMERGENCIA, A QUIEN PODEMOS CONTACTAR

Apellido: _____ Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

4. SU INFORMACION DE SALUD PUEDE SER DIVULGADA A (persona autorizada por usted con la que podemos compartir su información médica)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Relación al Paciente: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Relación al Paciente: _____

5. SU INFORMACION FINANCIERA PUEDE SER DIVULGADA A (persona autorizada por usted con la que podemos compartir su información financiera)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Relación al Paciente: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Relación al Paciente: _____

6. ¿SI ES MENOR DE EDAD, QUIEN TIENE PERMISO DE TRAER A SU HIJO(A) A SU CONSULTA?

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Relación al Paciente: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Relación al Paciente: _____

7. NOMBRE DE SU SEGURANZA MEDICA (si no tiene seguro médico, por favor déjelo en blanco)

Seguro Principal: _____ Seguro Secundario: _____

8. FARMACIA PREFERIDA

Nombre: _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

9. POR FAVOR USE LA TABLA A CONTINUACIÓN PARA RESPONDER LA SIGUIENTE PREGUNTA:

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

Seleccione su nivel de ingresos haciendo un círculo alrededor de uno de los siguientes: A B C D E F _____

Confirmo que me dieron la oportunidad de revisar los derechos y responsabilidades de los pacientes. _____

***Puedo solicitar una copia en cualquier momento.

Iniciales de Paciente

Recibí una copia de la Notificación de Privacidad de Primary Care & Hope Clinic. _____

Iniciales de Paciente

AVISO INFORMATIVO

Yo, le doy permiso a la clínica **Primary Care & Hope Clinic** de proveerme con tratamiento médico. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos médicos no pagados por mi seguridad médica. Yo autorizo el uso de mi firma para proveer la información médica que sea necesaria o requerida por parte de mi seguridad médica. Con mi firma, yo doy fe que he buscado tratamiento médico por mi propia cuenta en la clínica **Primary Care & Hope Clinic**. No he sido solicitado para recibir servicios de tratamiento médico.

He recibido la notificación de Prácticas de Privacidad.

Firma _____ Fecha _____

Pt Pays	\$25	\$30		\$40		\$50		\$60		Full Charge
	F - Nom. Fee	E		D		C		B		A
% Of FPL	<=100%	101%	125%	126%	150%	151%	175%	176%	200%	Over 200%
1	\$12,140	\$12,141	\$15,175	\$15,176	\$18,210	\$18,211	\$21,245	\$21,246	\$24,280	\$24,281
2	\$16,460	\$16,461	\$20,575	\$20,576	\$24,690	\$24,691	\$28,805	\$28,806	\$32,920	\$32,921
3	\$20,780	\$20,781	\$25,975	\$25,976	\$31,170	\$31,171	\$36,365	\$36,366	\$41,560	\$41,561
4	\$25,100	\$25,101	\$31,375	\$31,376	\$37,650	\$37,651	\$43,925	\$43,926	\$50,200	\$50,201
5	\$29,420	\$29,421	\$36,775	\$36,776	\$44,130	\$44,131	\$51,485	\$51,486	\$58,840	\$58,841
6	\$33,740	\$33,741	\$42,175	\$42,176	\$50,610	\$50,611	\$59,045	\$59,046	\$67,480	\$67,481
7	\$38,060	\$38,061	\$47,575	\$47,576	\$57,090	\$57,091	\$66,605	\$66,606	\$76,120	\$76,121
8*	\$42,380	\$42,381	\$52,975	\$52,976	\$63,570	\$63,571	\$74,165	\$74,166	\$84,760	\$84,761
For each add'tl person, add:	\$4,320	\$4,320		\$4,320		\$4,320		\$4,320		\$4,320
Dental Cleaning	\$25	\$26		\$27		\$28		\$29		Full Charge
	Pt Pays Cost of Medicine Plus									
Pharmacy	\$6	\$7		\$8		\$9		\$10		\$15
X-Ray See price list	F: \$20	E: 40%		C&D: 35%				B: 30%		A: Full Charge
Labs	\$5	\$7		\$9		\$10		\$12		Full Charge