



Terry Reilly Health Services no discrimina en sus servicios, tratamientos, programas, actividades o empleo independientemente de raza, color, religión, origen nacional, edad, discapacidad física o mental, estatus de veterano, o sexo, incluyendo identidad de género y orientación sexual.

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:			Fecha:		
Fecha De Nacimiento:		Género:		# De Seguro Social:	
Dirección De Domicilio:		Ciudad:		Estado:	
Dirección De Correo:		Ciudad:		Estado:	
Teléfono De Casa:		Teléfono Celular:		Teléfono De Trabajo:	
Correo Electrónico:			Nombre De Preferencia:		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Cónyuge					

PERSONA RESPONSABLE

<input type="checkbox"/> Igual Que El Paciente		<input type="checkbox"/> Nombre De La Persona Responsable:			
Nombre De Persona Responsable:					
Fecha De Nacimiento:		Género:		# De Seguro Social:	
Domicilio:		Ciudad:		Estado:	
Teléfono De Casa:		Teléfono Celular:		Teléfono De Trabajo:	
Correo Electrónico:			Relación Al Paciente:		

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:			Teléfono:		
Dirección:			Relación Al Paciente:		

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR

Marque uno: <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado					
Nombre Del Empleador:					
Dirección Del Empleador:				Teléfono Del Empleador:	

INFORMACIÓN DE SEGURO

Seguro Médico Primario:			Número De Póliza:		
Nombre Del Asegurado:			Número De Grupo:		
Fecha De Nacimiento:		Relación Al Paciente:		<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre	
Seguro Médico Secundario:			Número De Póliza:		
Nombre Del Asegurado:			Número De Grupo:		
Fecha De Nacimiento:		Relación Al Paciente:		<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre	
Seguro Dental:			Número De Póliza:		
Nombre Del Asegurado:			Número De Grupo:		
Fecha De Nacimiento:		Relación Al Paciente:		<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre	
<input type="checkbox"/> Sin Seguro Médico					

PACIENTES DE LA CLINICA EN BOISE

¿Vive usted dentro de los límites de la ciudad de Boise? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Es el paciente una madre soltera con niños de 17 años de edad o menores y viviendo con ella? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Hay alguien en su familia que tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si marcó si, ¿cuántas personas? _____					

CDBG: SOLO PARA USO DE PERSONAL (REQUERIDO)			Date:		# of Children:
<input type="checkbox"/> CDBG Eligible		<input type="checkbox"/> CDBG Ineligible		<input type="checkbox"/> VOI: Self-certified <input type="checkbox"/> Attached	
					Staff Cert Initials:

Terry Reilly recibe donaciones de distintas fuentes, incluyendo Community Development Block Grant, Concilio de Violencia Doméstica y United Way. La información estadísticamente recolectada es voluntaria y no es una condición para recibir servicios.

Como un centro de salud federalmente calificado, estamos obligados a obtener la siguiente información para fines estadísticos. Ninguna información individual es sometida. Su cooperación nos ayuda a mejorar la asistencia médica para todos.

Ingreso Familiar	Nuestro ingreso anual antes de impuestos es: \$ _____. Hay _____ personas en mi hogar. Marque aquí si usted se niega a proporcionar su información de ingresos: <input type="checkbox"/>		
Origen Étnico	¿Es usted hispano/latino?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo De Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Islas de Pacifico <input type="checkbox"/> Otro		
Lenguaje	¿Cuál idioma prefiere, incluyendo lenguaje de señas? _____		
Trabajadores Agrícolas	En los últimos 2 años, ¿usted o alguien en su familia ha trabajado en Agricultura (campos, huertos, etc.) como fuente principal de ingresos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Si marcó sí, ¿la persona cambia de residencia como parte de su trabajo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Usted o alguien en su familia ha dejado de migrar para trabajar en la agricultura debido a discapacidad o vejez?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Veteranos	¿Es usted un veterano?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Decide no revelar		
Identidad De Género	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero (Hombre/mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Transgénero (Mujer/hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Decide no revelar		

Tarifas Reducidas:	¿Está interesado/a en aplicar para tarifas reducidas (aunque tenga seguro)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------

SALUD PARA LOS DESAMPARADOS

Si usted no es dueño de una casa o alquila, ¿cómo describiría su situación de vivienda?

Estoy viviendo temporalmente en: Refugio Vivienda de transición Calle/auto/acampado
 Centro de tratamiento de drogas Amigo/familiares – ¿Por cuánto tiempo? _____ Otro _____

RECONOCIMIENTOS

Consentimiento: Doy mi consentimiento para que Terry Reilly lleve a cabo una evaluación de salud médica, dental y/o mental y hacer recomendaciones de tratamiento para mí o mis dependientes. Además, reconozco que me han dado la oportunidad de leer y entender el consentimiento general a la política de tratamiento y estoy de acuerdo con su contenido.

Responsabilidad Financiera/Divulgación De Información: Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos incurridos, incluyendo los deducibles, copagos y los servicios no cubiertos. Yo entiendo que cualquier pago hecho hoy es aplicado al balance y puede ser que no cubre todos los servicios que reciba. Entiendo que Terry Reilly puede facturar a mi seguro como una cortesía para mí, y yo autorizo la divulgación de cualquier información de salud médica, dental y mental necesaria para procesar mi reclamo al seguro. También autorizo el pago de beneficios médicos, dentales y/o menta a Terry Reilly. Algunas pólizas de seguro exigen el cumplimiento de requisitos adicionales, tales como autorizaciones previas o referencias de Healthy Connections. Estoy de acuerdo en cooperar con estos esfuerzos y entiendo que soy responsable de todos los gastos no cubiertos. Cuentas pendientes de pago pueden ser enviados a colección, reportados al Oficina De Crédito, y/o resultar en la terminación de atención en Terry Reilly. También entiendo que, si se aplican a los programas especiales o asistencia de otra índole, mi información puede ser compartida con los programas y sus auditores.

La Exactitud Y La Veracidad De La Información: La información que he proporcionado es complete y exacta. Yo entiendo que al intencionalmente proveer información falsa me puede excluir de los servicios de Terry Reilly, y puedo ser facturado de los descuentos recibidos de manera fraudulenta.

Derechos Y Responsabilidades Del Paciente: Me han dado acceso y copia de los derechos y responsabilidades del paciente de Terry Reilly. Si yo creo que estos derechos han sido violados, yo puedo presentar una queja.

Aviso De Practicas De Privacidad: Se me ha dado acceso a, y puedo tener una copia de la Notificación De Practicas De Privacidad de Terry Reilly. Si no elijo o soy incapaz de firmar, un miembro del personal firmara e indicara que él/ella me ha dado acceso a una copia de este aviso.

Información médica: Su información médica puede ser compartida entre nuestras divisiones médico, dental o mental.

Intercambio de datos de salud de Idaho: Terry Reilly es un orgulloso socio IHDE para proporcionar una coordinación eficaz de sus servicios de salud. Se trata de un intercambio de información seguro salud basada en internet a nivel estatal con el objetivo de mejorar la calidad y la coordinación de salud en Idaho.

Tarifa De Descuentos: Las clínicas de Terry Reilly pueden tener acceso a mi información por medio del Portal Asociado De Acceso A Datos (PDAP) del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y determinar mi elegibilidad para descuentos en atención médica.

Firma Del Paciente/Representante _____ Fecha _____

Si es un representante, cuál es su relación con el paciente: _____