



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

PATIENT INFORMATION			
Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	
Nombre de Preferencia:			
Fecha De Nacimiento:	Género al nacer:	# De Seguro Social:	
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
Dirección De Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código:
Dirección De Correo:	Ciudad:	Estado:	Código:
Teléfono De Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono De Trabajo:	
Correo Electrónico:			

PERSONA RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)			
Nombre De Persona Responsable:			
Fecha De Nacimiento:	Género:	# De Seguro Social:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código:
Teléfono De Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono De Trabajo:	
Correo Electrónico:			Relación Al Paciente:

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR DE EL RESPONSABLE					
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:		

<input type="checkbox"/> Sin Seguro Médico					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	

CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre:			Teléfono:
Dirección:		Relación Al Paciente:	

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.

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		
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? _____		
Veteranos	¿Es usted un veterano?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
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 si, ¿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
Ingreso Familiar	Nuestro ingreso anual antes de impuestos es: \$ _____. Hay _____ personas en mi hogar incluyéndome a mí.		
	Marque aquí si usted se niega a proporcionar su información de ingresos: <input type="checkbox"/>		

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 _____

PACIENTES DE LA CLINICA EN BOISE

¿Vive usted dentro de los límites de la ciudad de Boise? Si No

¿Hay alguien en su familia que tiene una discapacidad? Si No Si marcó si, ¿cuántas personas? _____

CDBG: SOLO PARA USO DE PERSONAL (REQUERIDO) Date: _____ # of Children: _____

CDBG Eligible CDBG Ineligible Staff Cert Initials: _____

Terry Reilly recibe donaciones de distintas fuentes. La información estadísticamente recolectada es voluntaria y no es una condición para recibir servicios.

RECONOCIMIENTOS

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.

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

Intercambio De Datos De Salud De Idaho (IHDE): Terry Reilly es miembro de IHDE, un intercambio protegido de información de salud por internet con el objetivo de mejorar la calidad y la coordinación de salud en Idaho. Puede "Optar por no participar" en IHDE al completar una solicitud para restringir la divulgación de información de salud y mandarla directamente a IHDE por correo o fax. Pude contactar a IHDE al (208) 332-7253.

Firma Del Paciente/Representante _____ Fecha _____

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