



## Ficha de Registro y Evaluación Financiera

### Información del paciente

|                                              |                      |                               |                                        |                           |
|----------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| Fecha de registro / Hora                     | Apellido             | Primer nombre                 | Segundo nombre                         | # de Diagrama de paciente |
| # de SSN                                     | Fecha de nacimiento  | Edad                          | Sexo                                   | # ID de paciente          |
| Dirección / # de Apto.                       |                      | Ciudad, estado, código postal |                                        |                           |
| Teléfono de casa                             | Teléfono del trabajo | Estado de trabajo             | Nombre del patrón                      |                           |
| Dirección de correo electrónico del paciente |                      | Estado civil                  | Escala de ajuste de pagos del paciente |                           |

### Información del aval

|                        |                                          |                               |                  |
|------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|------------------|
| Saldo de cuenta        | Apellido                                 | Primer nombre                 | Segundo nombre   |
| SSN#                   | Fecha de nacimiento                      | Relación con el paciente      | Sexo             |
| Dirección / # de Apto. |                                          | Ciudad, estado, código postal |                  |
| Teléfono de casa       | Dirección de correo electrónico del aval |                               | Número de cuenta |

### Información del seguro

|                                     |                                       |                                                         |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Nombre de plan del seguro principal | # de Póliza principal / # de grupo    | Nombre del suscriptor principal / Fecha de nacimiento   |
| Nombre de plan de seguro secundario | # de Póliza secundaria / # de grupo / | Nombre del suscriptor secundario/ Fecha de nacimiento / |

### Información de contacto de emergencia

|                  |                          |                                          |  |
|------------------|--------------------------|------------------------------------------|--|
| Primer nombre    | Primer nombre            | Segundo nombre                           |  |
| Teléfono de casa | Relación con el paciente | Dirección de correo electrónico del aval |  |

### Otra Información

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Seleccione su average de salario</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menos de \$11,670</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$11,670 to \$19,999</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$20,000 to \$34,999</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$35,000 to \$49,999</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$50,000 to \$74,999</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$75,000 to \$99,999</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$100,000 or more</p> <p><input type="radio"/></p> <p>Cual es su ingreso: _____<br/>Anual/Semanal/Quincenal/Mensual</p> | <p><b>Cuál es su raza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras islas del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><b>Cuál es su origen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino o de Origen Español</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino o de Origen Español</p> |
| <p><b>Información Adicional</b></p> <p>Sin Hogar <span style="float: right;">S N</span></p> <p>Estatus de Trabajo: Immigrante/Temporal <span style="float: right;">S N</span></p> <p>Vivienda Pública <span style="float: right;">S N</span></p> <p>Veterano Discapacitado <span style="float: right;">S N</span></p> <p>Discapacitado <span style="float: right;">S N</span></p> <p>Por favor, explique Discapacidad: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## **CONSENTIMIENTO GENERAL DE TRATAMIENTO, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN DE PAGO DE SEGURO**

1. Yo, el suscrito o tutor legal otorgo mi permiso como se indica más abajo a realizarme todas las pruebas necesarias, tratamientos y otros procedimientos o estudios requeridos para el diagnóstico realizado por el personal médico y otros empleados de Jessie Trice Community Health Center, Inc.
2. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía respecto al resultado del tratamiento o valoración realizada por Jessie Trice Community Health Center, Inc
3. Doy mi consentimiento a divulgar información médica a otras instituciones o agencias que admiten pacientes para atención médica o institucional, y doy mi consentimiento para divulgar información médica a otras aseguradoras de pacientes y doy mi permiso a divulgar datos (ambos médicos y personales) a las agencias de gobierno como le sea solicitado a Jessie Trice Community Health Center, Inc por ley, reglamentos, regulaciones o por consentimiento.
4. Doy mi consentimiento a divulgar información médica y financiera para propósitos de auditoría.
5. Por medio de la presente autorizo el pago a Jessie Trice Community Health Center, Inc. de los beneficios que se me deben a mí en mi reclamación pendiente y/o BENEFICIOS MÉDICOS SUPLEMENTARIOS, que de otro modo son pagaderos a mí, pero no deben exceder los cargos regulares de honorarios médicos y/o cargos de hospital por este periodo de tratamiento. Convengo en que una copia de esta autorización es válida como la original. Entiendo que si mi seguro no aprueba los cargos de esta visita, yo me haré totalmente responsable del pago a Jessie Trice Community Health Center, Inc.
6. SOLO PACIENTES DE MEDICARE: Yo autorizo a cualquier encargado de información médica o de otra información a divulgar a Centros de Medicare y de Medicaid (CMS) o a sus intermediarios u operadores, cualquier información necesaria para esta reclamación de Medicare o reclamaciones subsecuentes. Doy mi permiso a que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la original, y a que se solicite el pago de los beneficios de seguro médico a la parte que acepte la cesión de dicha reclamación.
7. POR MEDIO DE LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO, CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA Y QUE NOTIFICARÉ A JESSIE TRICE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SEGURO, INGRESOS O INFORMACIÓN DE CONTACTO.

|                                  |                                                              |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Nombre del paciente              | Representante de JTCHC (Por favor escriba en letra de molde) |
| Firma del paciente o tutor legal | Firma del Representante de JTCHC                             |