



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA NUEVO PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ # Lic. de conducir: _____

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado Pareja de hecho

Raza: _____ Grupo étnico: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Me gustaría recibir citas y recordatorios clínicos por mensaje de texto. Sí No Teléfono # _____

Teléfono preferido para llamadas rutinarias: _____ Domicilio Trabajo Celular

Teléfono secundario: _____ Domicilio Trabajo Celular

Correo electrónico: _____ Idioma hablado principal: _____

Proveedor de atención primaria: _____ ¿Cómo fue remitido Ud.? _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Domicilio del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Si el paciente es menor de edad, favor de proveer un contacto de emergencia aparte del padre/tutor.

Persona de contacto: _____ Relación con el paciente: _____

Domicilio (Físico o postal): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Telf. de Casa: (____) _____ Telf. del trabajo: (____) _____ Telf. celular: (____) _____

RESPONSABLE PRINCIPAL

Soy el responsable Cónyuge Padre Tutor Otro _____

Nombre: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio físicos: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ # Lic. de conducir: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Domicilio del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

RESPONSABLE SECUNDARIO

Nombre: _____ Cónyuge Padre Tutor Otro _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Domicilio del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA NUEVO PACIENTE

*RAZA Y ETNIA

Identifique la raza:

Los programas de atención médica Federales requieren que solicitemos esta información como parte de los datos demográficos que recopilan. Se solicita que las personas indiquen una o más razas que apliquen de entre las siguientes, o pueden rehusarse a especificarlo.

Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano	Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico Blanco
---	---

Las categorías de razas definidas en base a la Oficina de Administración de Presupuesto (OMB por sus siglas en Inglés) Federal de EE.UU.:

Indígena Americano o Nativo de Alaska	Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originales de Norte y Sudamérica (incluyendo Centroamérica) y quienes mantengan una afiliación tribal o vínculo comunitario.
Asiático	Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originales del Lejano Oriente, Asia Sudoriental, o del Subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
Negro o Afroamericano	Una persona originaria de cualquiera de los grupos raciales negros de África.
Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico	Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originales de Hawái, Guam, Samoa, u otras Islas del Pacífico.
Blanco	Una persona originaria de cualquiera de las poblaciones originales de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.

Identifique la etnia

Los programas de atención médica Federales requieren que solicitemos esta información como parte de los datos demográficos que recopilan. Se solicita que las personas señalen su etnia de entre las siguientes o pueden rehusarse a especificarlo.

Hispano o Latino; o	No hispano o Latino
Hispano o Latino Definido	Una persona de origen Cubano, Puertorriqueño, Sudamericano o Centroamericano, o de otra cultura Hispana, Independientemente de su raza.
Desconocido	Desconocido/No reportado



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA NUEVO PACIENTE

DATOS DEL SEGURO

Seguro principal

Nombre de la empresa de seguro principal: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Domicilio del suscriptor, si es distinto al del paciente: _____

Seguro secundario

Nombre de la empresa de seguro principal: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____

Domicilio del suscriptor, si es distinto al del paciente: _____

GARANTÍA DE CALIFICACIÓN

Certifico por la presente que califico para cobertura de la empresa de seguro médico, por medio del suscriptor indicado en mi hoja de inscripción. Certifico además que he elegido un grupo médico afiliado a Martin Luther King Community Medical Group para que me provea servicios de cuidado de salud. Entiendo que si lo anterior no es cierto, o si no califico según las condiciones del acuerdo de mi suscriptor médico y hospitalario, será mi responsabilidad pagar todo y cualquier cargo por servicios brindados. Además, si lo anterior no es cierto, acepto pagar por completo todos los servicios brindados, dentro de treinta días de recibir la factura

Firma _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO A LA COMUNICACIÓN

Con el acto de proveer a Martin Luther King Community Medical Group o sus proveedores de servicios un número telefónico celular o de otro dispositivo inalámbrico y/o un correo electrónico, acepto que Martin Luther King Community Medical Group o sus proveedores de servicio utilicen el teléfono o correo electrónico dado para administrar mi(s) cuenta(s) (incluso pueden comunicarse conmigo sobre la posible ayuda económica con mi(s) cuenta(s); para enviar por texto o correo electrónico recordatorios sobre citas médicas o seguimiento de cuidados de salud; para enviarme información; para concertar citas médicas; y para cobrar cualquier monto que deba a mi(s) proveedor(es) de cuidados de salud. Entiendo y acepto que Martin Luther King Community Medical Group y sus agentes, representantes u otros proveedores de servicio, así como sus agentes y contratistas respectivos, incluyendo cualquier empresa de facturación o administración de cuentas y/o cobrador, pueden comunicarse conmigo al(a los) teléfono(s) suministrado(s), lo cual podría resultar en cargos a mi cuenta. Doy mi consentimiento explícito a que los métodos de contacto incluyan el uso de mensajes de voz artificial y pregrabados, texto, correo electrónico (en caso de proveer una dirección electrónica) y/o el uso de un dispositivo de marcación automatizada, según se aplique. Este consentimiento se aplicará a todos los servicios o facturación asociados con mi(s) número(s) de cuenta y no constituye una condición para la compra de propiedad, bienes o servicios. No se me exige firmar este consentimiento como condición para recibir los servicios de cuidados de salud.

_____ Iniciales / Aprobado _____ Iniciales / Negado

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS Y LA CESIÓN DE BENEFICIOS

Por el presente autorizo y solicito a la(s) empresa(s) de seguro, o su(s) agente(s), pagar directamente a Martin Luther King Community Medical Group cualquier servicio que me brinde un grupo médico afiliado con Martin Luther King Community Medical Group. Entiendo plenamente que yo soy el responsable económico de cualquier costo no cubierto por esta cesión. Autorizo el reembolso de cualquier beneficio de seguro pagado en exceso, cuando mis coberturas están sujetas a coordinación de beneficios. Esta firma también servirá de autorización para divulgar los datos médicos necesarios para satisfacer el pago.

Firma del paciente (si es menor, firma del responsable) _____ Fecha _____

Firma del representante personal _____ Fecha _____

Nombre del representante personal (letra de imprenta)

Relación con el paciente