



Forma de Registro del Paciente

www.cfhc.care

Castle Family Health Centers, Inc. debe recopilar informacion demografica sobre los pacientes que atendemos. La informacion que usted proporciona es confidencial. Marque No Reportado/Rechazado si no desea responder una pregunta especifica. Gracias por elegir a Castle Family Health Centers como su proveedor de atencion medica.

Seccion 1: Informacion del Paciente

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Sufijo Sr. Jr. II III Otro: _____ Seguro Social #: _____-_____-_____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: Soltera/o Casada/o Divorciada/o Viuda/o Otro/a: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Correo Electronico: _____ @ gmail.com att.net yahoo.com comcast.net aol.com _____

Telefono Primario: Casa Celular Trabajo Telefono de casa: () _____-_____ Celular: () _____-_____

Trabajo: () _____-_____ Lenguaje Primario: Ingles Espanol Lenguaje de Señas Otro: _____

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiatico Afroamericano Blanco Nativo de Hawaii o de las Islas Pacificas Otro: _____ **Doctor Primario:** _____

Etnicidad: Latino/Hispano No-Latino/Hispano No Reportado/Rechazado

Identidad de Genero: No Reportado/Rechazado Femenino Masculino Transgenero (masculino a femenino)

Transgenero (femenino a masculino) No-Binario (ni masculino ni femenino)

Otra identidad de genero: _____

Orientacion Sexual: No Reportado/Rechazado Heterosexual Homosexual/Gay/Lesbiana Bisexual

Incierto/a Otra orientacion sexual: _____

Seccion 2: Informacion de Garante (Persona Financieramente Responsable)

Garante es: El paciente (no es necesario completar el resto de esta seccion) Persona Compania

Relacion del paciente al Garante: Hijo/a Padre Esposo/a Empleado/a Otro: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre : _____ Apellido: _____

Sufijo: Sr. Jr. II III Otro: _____ Seguro Social #: _____-_____-_____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otro: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de casa: () _____-_____ Celular: () _____-_____ Trabajo: () _____-_____

Lenguaje Primario : Ingles Español Lenguaje de señas Otro: _____

Como se Entero de Castle Family Health Centers? Familiar/Amistad Referencia Medico Internet Periodico

Seccion 3: Ingresos Familiares e Informacion de Alojamiento

Solicitamos ingresos a todos los pacientes con fines de informes gubernamentales. Si es elegible para el Programa de Bajos Ingresos por favor de llenar la aplicación para el programa aparte.

Periodo de Ingresos: Semanal Bi semanal Mensual Quiencena Anual Other: _____

Ingresos Bruto por Periodo: \$ _____ Numero de personas mantenidas con ingresos: _____ Dis: Yes No

Estado de hogar: Tiene Hogar Vive en Refugio Hogar de Transicion Vive con otra familia Calle Otro _____

Estado de Trabajo: Migrante No es migrante Trabaja Temporadas Veterano: Si No

Seccion 4: Informacion del Seguro del Paciente

Cobertura de Seguro: Seguro Privado Alianza Medi-cal Medicare Ninguno

Compania de Seguro Primario: _____ Numero de Miembro _____ Numero de grupo: _____

Informacion del Titular de Seguro:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relacion del paciente : Padre Hijo/a Esposo/a Otro: _____

Domicilio (si es diferente al paciente) _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Compania de Seguro Secundario: _____ Numero de Miembro _____ Numero de grupo _____

Nombre de Titular Secundario: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seccion 5: Informacion de Contacto de Emergencia

Relacion del Paciente al Contacto: Padre Hijo/a Esposo/a Otro: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio (si es diferente al paciente) _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____ Telefono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Asignacion de Beneficios de Acuerdo Financiero y Autorizacion de Tratamiento:

Certifico que la informacion que he proporcionado es cierta. Autorizo cualquier tratamiento medico, anestetico o procedimiento quirurgico, segun lo considere necesario el medico asistente. Autorizo a mis proveedores a divulgar información medica según lo requiera y permita la ley. Entiendo que soy responsable del cargo de los cobros incurridos en el curso de tratamiento. En caso de que esta cuenta se vuelva morosa y sea referida a cualquier abogado o agencia de cobro, el firmante pagara las tarifas del abogado y agencia de cobro. Todos los cheques devueltos tendrán un cobro de \$25. Además de efectivo o cheque, se aceptan Visa y MasterCard.

Firma de Paciente/Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____

Firma de Testigo: _____ **Fecha:** _____