



FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

IDIOMA _____

REQUIERE TRADUCTOR? YES___NO___

INFORMACION DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL
PACIENTE _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

NUMERO SEG. SOC. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ RAZA _____

ESTADO MARITAL _____ TELEFONO PRINCIPAL _____ TELEFONO ALTERNATIVO _____

EL MEJOR TELEFONO PARA LLAMARLE _____ CORREO ELECTRONICO _____

PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE EN ESTE NÚMERO? SI___ NO___ LA MEJOR HORA PARA LLAMARLE _____AM/PM

DIRECCION DEL
PACIENTE _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

DIRECCION PARA CORREO, SI ES DIFERENTE:

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

INFORMACION DEL PAGADOR: (SOLAMENTE COMPLETE ESTA SECCION SI LA INFORMACION ES DIFERENTE A LA DEL PACIENTE)

NOMBRE DEL
PAGADOR: _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PAGADOR: _____ NUM. SEG. SOC. DEL PAGADOR: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

EMPLEO: PACIENTE O PAGADOR (CIRCULE UNO)

NOMBRE DEL EMPLEO: _____

INFORMACION DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

DIRECCION: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

SU RELACION CON EL PACIENTE: _____

DESEARIA APLICAR POR TARIFA REDUCIDA? SI _____ NO _____

Los pacientes que desean aplicar por tarifa reducida de los servicios prestados serán entrevistados para determinar su elegibilidad. Se requieren documentos apropiados como prueba de su información financiera.

AUTORIZACION ANUAL

Yo autorizo al personal médico y/o dental de AMA Health Proveer para proveer tratamiento medico y prescribir medicamentos, como ellos lo determinen necesario en: mi caso, mi hijo(a), mis hijos, mi esposo(a).

Yo, como padre, representante legal o adulto responsable, debo acompañar a todos mis hijos en la clínica y permanecer con ellos por la totalidad de la consulta medica.

Bajo penalidad de perjurio, yo declaro que la información adjunta es verdadera y correcta, y doy mi consentimiento para que MCR Health verifique esta información. Yo autorizo a MCR Health a divulgar cualquier información requerida por la compañía de seguros o por cualquier otra entidad, para facilitar el pago directo en mi nombre a la institución citada anteriormente. Yo estoy de acuerdo que en relación al tratamiento recibido:

en mi caso, mi hijo(a), mis hijos, mi esposo(a), yo asumiré el costo del tratamiento (s)

FIRMA: _____ FECHA: _____

SU RELACION CON EL PACIENTE: _____



FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

1. Es usted indigente y vive en la calle? _____ Sí _____ No
2. Es usted un veterano del servicio militar? _____ Sí _____ No

En los últimos dos años o antes de su jubilación o incapacidad usted o La Cabeza del hogar ha tenido:

3. Usted o la Cabeza de su hogar han trabajado en agricultura: plantando, cosechando, cultivando o empacando cosecha como frutas o vegetales?

_____ Sí _____ No → Pare aquí
↓ (continúe con el # A)

- A. Usted o la Cabeza de su Hogar se han mudado de esta área a otro condado o a otro estado en busca de trabajo en agricultura?

_____ Sí → Trabajador Migratorio
_____ No ↓ (continúe con el # B)

- B. Su familia ha vivido en esta área y más de la mitad de sus ingresos provienen de trabajar durante la temporada agrícola?

_____ Si → Trabajador por Temporadas

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha