

MRN: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (Registration form)

### PATIENT INFORMATION

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ # Lic. de conducir: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  Separado  Pareja de hecho

Últimos 4 dígitos del # de seguro social: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Enviar recordatorios de citas vía:  Texto  Llamada 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: \_\_\_\_\_ Parentesco 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 físico: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SEGURO**

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 \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa de **seguro secundario** \_\_\_\_\_

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 St. Joseph Heritage Healthcare 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 St. Joseph Heritage Healthcare o sus proveedores de servicios un número telefónico celular o de otro dispositivo inalámbrico y/o un correo electrónico, acepto que St. Joseph Heritage Healthcare 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 St. Joseph Heritage Healthcare 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 St. Joseph Heritage Healthcare cualquier servicio que me brinde un grupo médico afiliado con St. Joseph Heritage Healthcare. 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

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente en letra de molde

\_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del paciente