

# Hometown Pediatrics- Forma para Registracion

Miembro de Carolina Health Centers Inc.

## Informacion Demografica del Paciente:

PT Acct # \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: _____ Primero Segundo Apellido	F. D. N. _____ Mes, Dia, Año
Cual es el mejor # de contacto para dejar mensajes sobre citas, resultados de lab, etc.?	
#de Seguro Social del Paciente: _____	Sexo: Hombre Mujer Otro
Domicilio: _____	
Ciudad, Estado	Codigo Postal
Escuela/Guarderia: _____	

## Raza/Etnicidad/SOGI/ Idioma

Raza:	<b>Africano-Americano/a Asiatico/a Indio Americano/Isleno del Pacifico Causiano/a</b>
Etnicidad:	<b>Hispano/Latino/Origen Español No-Hispano/Latino/Español</b>
Identidad de Genero:	<b>Hombre Mujer Transgenero Masculino Transgenero Femenino</b> <b>Otro Elgir no revelar</b>
Pronombre Preferido:	<b>El Ella/Ellas Nostros/Ellos</b>
Orientation Sexual:	<b>Lesbiana/Gay Heterosexual Bisexual Algo Mas</b> <b>Nos Elegir no revelar</b>
Sin Hogar:	<b>Si No</b>
Idioma Preferido:	<b>Ingles Español Otro: _____</b>
Hay algun impedimento o barra de comunicacion que debemos tener en cuenta?	

## Proveedor de Atencion Primario del Paciente (Por favor circule uno)

Dr. Ashley Jenkins	Dr. Dan Lapp	Dr. Cassandra Saunders
Stephanie Schafer, APRN		

## Padres/Guardianes est seccion es TU informacion:

Madre : _____	F.D.N.: _____
Cell#: _____	Trabajo# _____
Correo Electronico: _____	# de Seguro Social: _____
Domicilio: _____	
Como prefiere ser contactado: <b>Llamanda Texto Email</b>	
Padre : _____	F.D.N.: _____
Cell#: _____	Trabajo # _____
Correco Electronico: _____	# de Seguro Social: _____
Domicilio: _____	
Como prefiere ser contactado: <b>Llamanda Texto Email</b>	

En caso de emergencia, a quien deberiamos contactar?

Nombre	Numero	Relacion
--------	--------	----------

**Informacion del Seguro del Paciente:**

Si su hijo/a esta cubierto por Medicaid, con que plan esta cubierto?	
<b>Select Health</b>	<b>Molina WellCare Absolute Total Care Healthy Blue</b>
ID de Seguro #: _____	
Cuando este plan se convirtio en una cobertura activa para su hijo/a? _____	
Si su hijo/a esta cubierto por seguro privado, con que plan esta cubierto? (circule o lista)	
<b>BCBS</b>	<b>Cigna Otro</b>
ID de Segura# O # de Grupo: _____	
Cuando este plan se convirtio en una cobertura activa para su hijo/a? _____	
Quien es el Titular Principal de la tarjeta: _____	
	Relacion
F.D.N. de Titular de la tarjeta: _____	Sexo: <b>Hombre</b> <b>Mujer</b>
Tiene su hijo/a una cobertura de seguro secundario? <b>Si</b> <b>No</b>	
En caso afirmativo, que plan es la cobertura del seguro? _____	
Cobertura Secundaria ID or grupo # _____	
Cuando entro en vigencia este seguro? _____	
Quien es el Titular Principal de la tarjeta: _____	
	Relacion
F.D.N. de Titular de la tarjeta: _____	Sexo: <b>Hombre</b> <b>Mujer</b>

Informacion de escala de tarifa: Estamos obligados a cobrar por todos los servicios.

Sin embargo, los cargos se puede, ajustar de acuerdo con sus ingresos y el numero de familiares que viven en el hogar.

Si- Me gustaria una solicitud para la escala de tarifa.

No- No deseo aplicar para la escala de tarifa en este momento.

Cuantos miembros residen en el hogar? \_\_\_\_\_

Ingreso Anual del Hogar? \_\_\_\_\_

Sin hogar? **Si** **No**

**HIPAA**

Yo entiendo y cumpro con la copia de practicas de privacidad de CHC, Inc, que explica como la informacion de salud de mi hijo/a puede ser divulgada en varias situaciones.

**Tambien elijo revelar la informacion de mi hijo/a a las siguientes personas:**

Nombre: _____	# de Contacto: _____
Nombre: _____	# de Contacto: _____
Nombre: _____	# de Contacto: _____

\_\_\_\_\_  
**Firma de los padres o pacientes que tieneh 16 años o mas**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**