

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

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

Dr. Juan Bonetti	Dr. David Bowen	Ryan Brown, DNP	
Cheryl Platt, PNP	Brandy McGarity, DNP	Ashley McDaniel, DNP	Amanda Walton, PA

Padres/Guardianes est seccion es TU informacion:

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

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?	
Select Health	Molina WellCare Absolute Total Care Healthy Blue
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)	
BCBS	Cigna Otro
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: Hombre Mujer
Tiene su hijo/a una cobertura de seguro secundario? Si No	
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: Hombre Mujer

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 Annual del Hogar? _____

Sin hogar? **Si No**

HIPAA

Yo entiendo y cumplo 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