

**GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC.      FORMULARIO DE ADMISIÓN 2023 - 2024**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ 2. Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Otro nombre con el que se le conozca: \_\_\_\_\_ Marque una: Sr., Jr., II, III

F. de nac.: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Idioma primario: \_\_\_\_\_

Meu""Fk""cño

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: CT CP: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de 18 o adulto bajo conservador, por favor complete lo siguiente:

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor/conservador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**\* Si el paciente está bajo tutela o conservador, infórmelo al personal.**

**Generations debe recibir los documentos con relación al tutor o conservador como prueba de consentimiento para la atención y facturación.**

Raza – marque las que apliquen		INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Asiática		Teléfono del Hogar: _____	
Negro/Afroamericano		Teléfono móvil: _____	
Indio Americano/Nativo de Alaska		Teléfono del Trabajo: _____	
Nativo de Hawai		Correo electrónico: _____	
Isleño del Pacífico		¿Cómo prefiere recibir mensajes con las citas?	
Blanco/Caucásico		Llamada: _____ Texto: _____ Email: _____ Cualquiera _____	

**Si no podemos localizarlo en caso de emergencia, ¿podemos contactar a otra persona?** Sí \_\_\_ No \_\_\_

Sí, nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con esta persona? \_\_\_\_\_

**¿Desea que mantengamos informada a alguna persona continuamente acerca de su salud?**

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Sí, nombre: \_\_\_\_\_ **\*Debe firmar un formulario de consentimiento.**

¿Es de origen hispano? (marque una opción)	Sí	No					
Género al nacer (marque una opción)	Varón	Mujer					
Identidad de género actual (marque una opción)	Varón	Mujer	Transgénero masc. (Mujer a varón)	Transgénero fem. (Varón a mujer)	***Otro	No sabe	No contesta
Orientación sexual: (marque una opción)	Lesbiana o gay		Heterosexual	Bisexual	***Otro	No sabe	No contesta
Situación de vivienda (marque una opción)	Renta o propio		Refugio	Calle	Se queda con alguien temporalmente		
	Algún tipo de programa de vivienda de apoyo o transición						

¿Tiene un proveedor primario de salud además de Generations? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Sí, nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Centro de salud: \_\_\_\_\_

Farmacia principal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Farmacia secundaria: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Iniciales del personal: \_\_\_\_\_

# GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE ADMISIÓN 2020

## SEGURO

Debe proporcionarse toda la información referente al seguro, incluyendo una copia de su tarjeta del seguro. En caso de no proporcionar la tarjeta del seguro y la información precisa que se requiere a continuación, será económicamente responsable por cualquier servicio provisto. Por favor, proporcione TODA la información independientemente de los servicios prestados.

<u>Cobertura médica</u>	Cobertura primaria	Cobertura secundaria	Cobertura terciaria
Nombre del plan:			
ID de la aseguradora:			
Grupo #:			
Nombre del suscriptor:			
F. de nac. del suscriptor:			
Empleador del suscriptor:			
Relación con el asegurado			

<u>Cobertura dental</u>	Cobertura primaria	Cobertura secundaria	Cobertura terciaria
Nombre del plan:			
ID de la aseguradora:			
Grupo #:			
Nombre del suscriptor:			
F. de nac. del suscriptor:			
Empleador del suscriptor:			
Relación con el asegurado			

<u>Cobertura de s. mental</u>	Cobertura primaria	Cobertura secundaria	Cobertura terciaria
Nombre del plan:			
ID de la aseguradora:			
Grupo #:			
Nombre del suscriptor:			
F. de nac. del suscriptor:			
Empleador del suscriptor:			
Relación con el asegurado			

**Marque las que correspondan:**

<b>Estado civil</b>	Soltero	Casado	Divorciado Viudo	Legalmente separado
<b>Situación laboral</b>	Empleado	Independiente	Estudiante	Desempleado
	Discapacitado	Retirado		

**Si su seguro es a través de una escuela o empleador, por favor escriba el nombre a continuación:**

Escuela     Empleador

**¿Cómo conoció Generations? Marque una opción:**

Otro paciente	<input type="checkbox"/>	Radio	<input type="checkbox"/>	Facebook	<input type="checkbox"/>	Hospital	<input type="checkbox"/>
Familiar/amigo	<input type="checkbox"/>	Anuncio impreso	<input type="checkbox"/>	Otro proveedor	<input type="checkbox"/>	Agencia de servicio	<input type="checkbox"/>
Aseguradora	<input type="checkbox"/>	Página web	<input type="checkbox"/>	Escuela	<input type="checkbox"/>	Empleado aquí	<input type="checkbox"/>
Televisión	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	Especifique:			

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Iniciales del personal: \_\_\_\_\_

# GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE ADMISIÓN 2020

(Solicitamos esta información para poder proporcionarle mejores servicios a usted y a su familia)

¿Es veterano del ejército de los Estados Unidos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Trabaja en una granja? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió sí, nombre de la granja: \_\_\_\_\_

Si respondió sí, ¿es trabajador temporal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene una visa de trabajo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Es un refugiado de otro país? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió sí, nombre del país: \_\_\_\_\_

\* Si contestó que sí a alguna de las preguntas anteriores, podríamos proporcionarle asistencia. ¿Quiere saber más?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN

1. Declaro que la información proporcionada es verdad según mi leal saber y entender.
2. Doy consentimiento para que los individuos mencionados anteriormente sean examinados y tratados por el personal calificado de Generations.
3. Por la presente autorizo a Generations Family Health Center, Inc. a entregar a mi compañía aseguradora toda la información necesaria para que se tramite y expida el pago por mi reclamación. Cedo, además, cualquier beneficio pagadero a mi favor a Generations Family Health Center, Inc.
4. Comprendo que soy económicamente responsable por cualquier costo no cubierto por mi aseguradora.
5. Comprendo que soy responsable por cualquier saldo de pago y copago y que deben ser saldados al momento del servicio.  
(Nos reservamos el derecho de remitir su cuenta a una agencia de cobranza bajo ciertas circunstancias)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o responsable si el paciente es menor de 18 años)

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

USO DEL PERSONAL: Intergy # \_\_\_\_\_  
INICIALES DEL PERSONAL: \_\_\_\_\_