

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE ADMISIÓN 2024 - 2025

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:

Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado Viudo	Legalmente separado
Situación laboral	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: _____