

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE ADMISIÓN 2025 - 2026

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: _____
 Mes día año

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? Llamada: _____ Texto: _____ Email: _____ Cualquiera _____
Blanco/Caucásico		

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 2025 - 2026

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	☐	Radio	☐	Facebook	☐	Hospital	☐
Familiar/amigo	☐	Anuncio impreso	☐	Otro proveedor	☐	Agencia de servicio	☐
Aseguradora	☐	Página web	☐	Escuela	☐	Empleado aquí	☐
Televisión	☐	Otro:	☐	Especifique:			

Nombre del paciente: _____

Iniciales del personal: _____

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE ADMISIÓN 2025 - 2026

(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: _____