

Formulario de Inscripción para Paciente

INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA)

Nombre Completo:			Número de teléfono de casa: ()		
Dirección:			Número de celular: ()		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	¿Sin Hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año	Sexo al Nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Soltero/a, Viudo/a, Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separado/a	Tiene correo electrónico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____@_____			Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____	
Si el paciente es menor de 18 años por favor escriba el nombre del padre o tutor:		Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año		Número del Padre o Tutor: ()	
Si la dirección del padre o tutor es diferente del paciente por favor indique:			¿Directiva Avanzada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ciudad:			Manera que prefiere ser contactado: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Portal de Paciente <input type="checkbox"/> Teléfono de casa		
Estado:			Código Postal:		
DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE (POR FAVOR CONTESTE TODAS PREGUNTAS)					
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Caucásico(Blanco) <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Guameño or Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Decido no especificar					
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Lenguas Eslavas <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Otro					
Etnia: <input type="checkbox"/> Americano Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latina(o) o Origin Español <input type="checkbox"/> No Hispano/Latina(o) <input type="checkbox"/> No Desea Reportar		¿Es Usted Trabajador Temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es Usted un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El Paciente está en la Milicia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El Paciente es Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está el paciente empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted Trabaja? <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time	¿Empleado por su cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time		
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay) <input type="checkbox"/> Heterosexual (No soy lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Decido no especificar <input type="checkbox"/> Menor de 18 años			Identidad de Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero/de Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero /de Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Decido no especificar <input type="checkbox"/> Menor de 18 años		



Formulario de Inscricion para Paciente

CONTACTO DE EMERGENCIA (EN CASO DE EMERGENCIA, UNA PERSONA A LA QUE PODAMOS CONTACTAR - MAYOR DE 18 AÑOS)		
Nombre Completo:	Relación con el Paciente:	Número de teléfono #: ()

INFORMACION DE SEGURO MEDICO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro Medico		
Nombre del suscriptor:	Número del suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor: Mes Día Año / /
Nombre de la compañía de seguro:		
Si el Nombre del Garante es diferente del nombre del padre. ¿Cuál es el nombre del Garante?:		
Si la dirección del Garante es diferente de la dirección del Padre. ¿Cual es la dirección?:		

✓ La información anterior es verídica dentro lo mejor de mi conocimiento.

Escriba el nombre del Paciente/Padre/Guardián Legal

Firma del Paciente /Padre/Guardián Legal

____/____/_____
Fecha

Formulario de Incripción para Paciente

HealthWorks para el Norte de Virginia Políticas y Consentimientos

Requerimos que todos los pacientes deben leer, poner sus iniciales y cumplir con la política de HealthWorks. Si usted tiene alguna pregunta sobre las políticas, por favor pida hablar con el Gerente dela Oficina.

- **Registro de cita**

Pacientes que se registren en recepción más de 10 minutos después del tiempo de su cita no serán vistos en la misma hora de la cita programada. Nosotros haremos un esfuerzo para reprogramar su cita el mismo día a diferente hora, u otro día según la disponibilidad de su doctor.

Iniciales del Paciente: _____

- **Políticas de Cancelación:**

Confirmaremos su cita por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto según su método de comunicación preferido. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, llame a HealthWorks. Para que haya espacio disponible para otros pacientes que puedan necesitar citas, cancele o re programe con la mayor anticipación posible.

Iniciales del Paciente: _____

- **Consentimiento para su tratamiento:**

Yo autorizo por este medio a los doctores de HealthWorks para llevar a cabo tratamientos médicos tales como exámenes incluyendo procedimientos de diagnóstico o evaluaciones, que resulten necesarios en la opinión del doctor del paciente. Este consentimiento prevalecerá efectivo mientras yo reciba cuidados en HealthWorks o hasta que yo retire mi consentimiento.

Iniciales del Paciente: _____

- **Exámenes de VIH, HEPATITIS B&C:**

En caso de que el personal de HealthWorks este en contacto con el fluido corporal mío o de mis niños. Yo doy mi consentimiento para exámenes de VIH, Hepatitis B y C e infecciones trasmitidas sexualmente.

Iniciales del Paciente: _____

- **Facturación de Seguros y Liberación**

Yo, por la presente autorizó que mis beneficios de seguro se paguen directamente a HealthWorks para el Norte de Virginia. Yo entiendo que soy personalmente responsable por todos los servicios no cubiertos incluyendo los servicios que mi compañía de seguros considere innecesarios. Yo entiendo que voy a recibir una factura por estos cargos y que las facturas no canceladas se entregaran a una agencia de cobros.

Iniciales del Paciente: _____