

Fecha de Hoy ____ / ____ / ____

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido		Nombre		Inicial de Segundo Nombre	
Dirección Postal			Ciudad	Estado	CP
Podemos enviar cartas / facturas a la dirección anterior ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Condado donde vive <input type="checkbox"/> Pitkin <input type="checkbox"/> Eagle <input type="checkbox"/> Garfield <input type="checkbox"/> Mesa <input type="checkbox"/> Otra		
Dirección de Casa <input type="checkbox"/> Igual al Dirección Postal			Ciudad	Estado	CP
¿Cuál es su identidad de género? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Mujer trans/Hombre a mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Hombre trans/Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Otro:		Usted se siente: <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Pansexual/Polysexual <input type="checkbox"/> Otro:		¿Cuál es su pronombre preferido? <input type="checkbox"/> Ella/De ella <input type="checkbox"/> Él/De él <input type="checkbox"/> Otro::	
¿Qué sexo le asignaron al nacer? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Intersexual	# de Seguro Social	Edad	Fecha de Nacimiento Mes ____ /Dia ____ / Año ____		
Si el paciente es menor de edad, Nombre del Padre o Tutor			¿Nombre del médico que le atiende regularmente?		
Teléfono ()		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono ()		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
¿Teléfono SEGURO y CONFIDENCIAL donde podemos llamarle con resultados? ()					

Raza: Blanca Asiático Negro o Afroamericano Indio Americano o Nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico

Origen: Hispano No Hispano

Idioma Principal: Inglés Español

de Personas en el Hogar _____
 (incluir a las personas relacionadas por sangre, matrimonio / unión civil , o la adopción legal de estar en la misma casa con el apoyo de todas las fuentes de ingresos)

Ingreso Familiar Mensual (Ingreso total de todas las personas en el hogar)
 \$ _____
INFORMACION DE SEGURO MEDICO**(MUESTRE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)**
 ¿Tiene el paciente seguro médico? Sí No Podemos facturar el seguro del paciente? Sí No

Por la presente certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta.

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE O TUTOR

Fecha

EN CASO DE EMERGENCIA

Por favor, díganos a quién contactar en caso de emergencia (padre, madre o tutor si es menor de 18): Una emergencia podría ser hemorragia severa, pérdida del conocimiento, un accidente o una enfermedad que requiera de la ambulancia o la hospitalización. Los servicios de planificación familiar no requieren permiso de los padres, sin embargo, en una situación de emergencia, si es menor de 18 años de edad, se lo notificaremos a los padres o tutores.

Contacto de Emergencia	Parentesco	Número de Teléfono ()
------------------------	------------	-------------------------------

¿Sabe esta persona está recibiendo servicios aquí? Sí No

DECLARACION DE RESPOSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Community Health Services agradece la confianza que ha depositado en elegirnos para proporcionar sus necesidades de atención médica. Los servicios que ha optado por recibir aquí implican una responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad le obliga a asegurar el pago total por nuestros servicios. Usted es responsable del pago completo de su factura.

PACIENTES CON BENEFICIOS DE SEGURO MEDICO

Como cortesía a los pacientes y a su familia, Community Health Services somete reclamos a las siguientes compañías de seguro:

Aetna/Cofinity **Rocky Mountain Health Plans** **United Health Care** **Signa**
Anthem Blue Cross/ Blue Shield **Medicaid** **Medicare (Parte B) (Solo reclamos para la vacuna de la**
Influenza y Neumonía)

Es su responsabilidad conocer la cobertura y beneficios. Usted es responsable del pago de los deducibles y copagos según lo determinado por la compañía de seguros. Usted también es responsable por los importes no cubiertos por la aseguradora. Si usted está asegurado por un plan en el que no participamos, el pago total se debe realizarse al momento del servicio. Sus servicios podrían considerarse fuera de la red y otorgarle menor cobertura. Se le dará un recibo que usted puede presentar a su compañía de seguros.

PACIENTES SIN SEGURO MEDICO

Si usted no tiene seguro médico, usted puede ser elegible para uno de los programas de descuento. El pago se espera en el momento del servicio.

PACIENTES MENORES

El padre / tutor que acompaña a un menor es responsable del pago de la cuenta del menor.

Si tiene 17 años de edad y cubierto por sus padres o tutores plan de seguro :

Usted debe saber que las compañías de seguros privadas envían una carta llamada una explicación de los beneficios o EOB al titular de la póliza de seguro (sus padres o tutores) sobre los servicios de atención médica que recibe en la clínica . Deje que el personal de la clínica saber si usted no quiere que sus padres o tutores para saber que recibe servicios en la clínica .

Si usted tiene 18 años o más y tienen cobertura de seguro privado y no son el titular de la póliza :

Usted debe saber que las compañías de seguros privadas envían una carta llamada una explicación de beneficios o EOB al titular de la póliza de seguro acerca de los servicios de atención médica que recibe en la clínica . Puede comunicarse con su compañía de seguros para solicitar que EOB serán enviados a usted en lugar del titular de la póliza para proteger su privacidad .

He leído y entiendo mis obligaciones con Community Health Services y reconozco que soy totalmente responsable del pago de los servicios. Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios directamente a Community Health Services. Entiendo que cualquier cantidad restante después de dicho pago hecho por mi compañía de seguros se convierte en mi responsabilidad.

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE O TUTOR

FECHA