

FAIRMOUNT PRIMARY CARE CENTER

MARIA DE LOS SANTOS HEALTH CENTER

NORRISTOWN REGIONAL HEALTH CENTER

PARKVIEW HEALTH CENTER

FAIRMOUNT PRIMARY CARE AT HORIZON HOUSE

FAIRMOUNT PRIMARY CARE AT ST. JOSEPH'S HOSPITAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
--	---------------	---------------------	------

DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
-----------	-------------------------------

RAZA

Negro/Afro Americano Blanco Asiático Nativo de Hawai Otro/ Islas Pacificas Indio Americano Mas de una raza

Las siguientes preguntas se les pide porque somos un centro de salud con calificación federal. Esta información es confidencial y con fines de reporte solamente.

LENGUAJE PREFERIDO	ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	ESTADO MARITAL	NUMERO DE TELEFONO (C) (M)
--------------------	---	----------------	-------------------------------

VETERANO <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	CORREO ELECTRONICO:	No. DE PERSONAS EN EL HOGAR (Incluyendo a si mismo)
---	---------------------	--

¿QUIEN ES RESPONSABLE POR LAS FINANZAS DEL HOGAR?	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESO (Mensual) (Anual)
---	---------------------	------------------------------

CONTACTO DE EMERGENCIA (Relación)	NUMERO DE TELEFONO (C) (M)
--------------------------------------	-------------------------------

GARANTOR (¿Quién paga por la visita de hoy?)

Marque si la información es la misma de arriba

NOMBRE (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
--	---------------	---------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO (C) (M)
-----------	-------------------------------	-------------------------------

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SEGUROS Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Solicito que el pago autorizado de Medicare, Medicaid, HMO o beneficios de seguros comerciales a mi nombre, sean hechos a Delaware Valley Community Health, Inc. por cualquier servicio proporcionado por mis necesidades médicas, dentales, de salud mental o de trabajo social. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí persona a que la compartan con los centros de servicios Medicare y Medicaid o a la compañía de seguros comerciales y sus agentes para determinar estos beneficios por servicios relacionados.

SEGURO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
--------	--------------------------

SEGURO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
--------	--------------------------

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/GUARDIAN AUTORIZADO	FECHA
--	-------

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a Delaware Valley Community Health, Inc. a administrar estos medicamentos, anestésicos locales y vacunas para llevar a cabo los procedimientos diagnósticos que sean necesarios para cualquier cuidado de salud apropiado. Esto incluye cirugía oral, medicamentos en general, y otra consulta y/o asesoramiento. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago, y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho a leer nuestro Aviso de Privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/GUARDIAN AUTORIZADO	FECHA
--	-------

AUTORIZACIÓN ADICIONAL (Opcional)

Yo autorizo a _____ y/o _____
NOMBRE DE LA PERSONA (Relación) NOMBRE DE LA PERSONA (Relación)

A formar parte de mi cuidado medico, a obtener acceso a mi historial medico y a recibir referidos a mi favor.

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/GUARDIAN AUTORIZADO	FECHA
--	-------