



Formulario de Registro de Pacientes y Certificación

Padre/Tutor Legal/o Paciente: Fecha de Nacimiento:

2º Padre/Tutor Legal, si es el caso: Fecha de Nacimiento:

Sexo M F #SS: Correo Electrónico:

Dirección: #Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Tel. Casa: Tel. Trabajo Tel. Celular:

Veterano Seguro médico Tarjeta:

Por favor anote todos los niños menores de 18 años que son pacientes de Open Door: Relación con el Individuo Indicado Arriba Seguro médico Tarjeta

Nombre Fecha de nacimiento M F Relación Si No

Nombre Fecha de nacimiento M F Relación Si No

Nombre Fecha de nacimiento M F Relación Si No

Nombre Fecha de nacimiento M F Relación Si No

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Autorizo que el pago de beneficios médicos sea enviado directamente al centro de Open Door Family Medical Centers, Inc., o a sus médicos por los servicios proveídos a mí o a mis hijos menores de 18 años de edad indicados arriba.

Firma Del Paciente/Tutor Legal: Fecha

ACUERDO DE PAGO: Entiendo y estoy de acuerdo ser la persona responsable en última instancia por el saldo de mi(s) cuenta(s) por servicios profesionales proveídos. Si por algún motivo mi seguro no cubre este saldo por razones de elegibilidad o terminación de cobertura de servicios, yo me haré responsable y tendré la intención de hacer los pagos correspondientes en ese debido caso.

Firma Del Paciente/Tutor Legal: Fecha

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO: Autorizo a los empleados de Open Door Family Medical Centers, Inc., proporcionar tratamiento médico y dental, la administración de vacunas que se transmita al registro del estado de NY, y acceso a información sobre recetas médicas de Sure Scripts así como comunicación sobre información médica por razones de reembolso a mí y todos mis hijos/as menores de 18 años de edad indicados anteriormente. HE RECIBIDO UNA COPIA DE LA CARTA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE, LA POLIZA SOBRE LA DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO DE LLAMADAS LAS 24 HORAS AL DIA, LA POTESTAD DE ASISTENCIA MEDICA, LA DIRECTIVA MEDICA ANTICIPADA, EL MANEJO DEL DOLOR, Y LA POLIZA DE LAS LEYES DE HIPAA.

Firma Del Paciente/Tutor Legal: Fecha:

Programa de Elegibilidad para Tarifas Descontadas

- No estoy interesado/a en compartir mi información financiera, por lo tanto mi familia y yo no somos elegibles para el programa de tarifas descontadas.
Adjunto está mi documentación de ingresos- registros de impuestos, talones de cheques, carta de empleador, etc.
No tengo documentación para verificar mis ingresos.

- (Por favor marque todo lo que aplique):
Me pagan en efectivo.
No reporté los impuestos del año pasado.
No recibo pagos en cheques. No me dan cheques o talones de cheques.
No puedo adquirir una carta de mi empleador (la compañía/el patrón).

Tamaño de la familia (individuos en el hogar por los que usted es financieramente responsable) incluyéndose usted:

Cantidad de Ingresos del Hogar por debajo (elija una casilla):

Table with 4 columns: Anual \$, Mensual \$, Cada 2 semanas \$, Semanal \$

Certifico que la información indicada arriba es verdadera y correcta. Entiendo que esta información será usada para determinar si califico para el programa de Tarifas Descontadas. Entiendo que el personal de Open Door puede verificar la información de este formulario. También entiendo que si intencionalmente falsifico mi ingreso familiar, no calificaré para recibir servicios a precios descontados.

Firma Del Paciente/Tutor Legal: Fecha: (2/15/2017)