



PATIENT REGISTRATION

Información del paciente

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Dirección: _____

Número de seguro social: _____ Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Sexo: M F

Raza: Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático Afro-Americano Blanco Nativo Hawaiano Islas del Pacifico Otro

Origen étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Tiene seguro médico? Sí No

Si no tiene seguro medico, ¿le gustaría obtener información acerca de nuestro programa de reducción de pagos? Sí No

¿Es usted US veteran/a? Sí No ¿Esta usted sin hogar? Sí No

Información de los padres (Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)

Nombre de la Madre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Primer Segundo Apellido

Nombre del Padre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Primer Segundo Apellido

¿Existe un acuerdo legal de custodia de menores? Sí No

(En caso afirmativo, ¿existen restricciones legales que impidan que el padre sin custodia dé su consentimiento para el tratamiento médico / dental para el niño o que obtenga información sobre el tratamiento médico / dental del niño?) Sí No

***** Por favor proporcione prueba de órdenes de custodia de los padres u otros acuerdos legales *****

Persona de contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ / _____
Primer Segundo Apellido Relación al paciente

_____ / _____
Dirección Teléfono

Persona responsable por el pago (Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)

Nombre: _____ / _____
Primer Segundo Apellido Relación al paciente

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Verifico que la información anterior es correcta y exacta al mejor de mi conocimiento. También entiendo que cualquier cobro(s) no cubierto(s) por mi seguro medico(s) será mi responsabilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Chart #:

Insurance scanned: yes/no

Date:

Initials:



PERMISSION TO SHARE PROTECTED HEALTH INFORMATION
PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre completo del/de la paciente con letras de imprenta: _____

Fecha de nacimiento del/de la paciente: _____ Teléfono: _____

Keystone Health [Salud Keystone] comparte un expediente electrónico. Cualquier persona a quien usted otorgue autorización podrá acceder a su información financiera/médica/dental y de salud mental.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Keystone Health utiliza un sistema de recordatorios y/o un portal de pacientes para comunicar con nuestros pacientes. Favor de completar la información a continuación, para que podamos comunicarnos con usted respecto a su salud.

Teléfono celular: _____ (recibirá un mensaje de texto)

Correo electrónico: _____ (recibirá un correo electrónico)

Al firmar, doy mi permiso a Keystone Health para compartir mi información médica protegida con los individuos enumerados. Este permiso permanece vigente hasta que sea revocado por escrito.

Firma paciente o representante autorizado

Fecha

Como un centro de salud de la comunidad nuestra misión es el cuidado de las personas, sin importar la raza, etnicidad o ingresos. Este cuestionario nos ayudara a entender si estamos ayudando a todo tipo de familias dentro de nuestra comunidad. Por favor completar el cuestionario para saber acerca de usted y de su familia.

Raza- se refiere a las personas, un aspecto como el color de la piel:

- Blanco/Caucásico Negro Asiático/Oriental Nativo Americano
 Nativo de Hawaii Otro isleño del pacifico Multi-racial

Etnicidad- se refiere a la nacionalidad y la cultura:

- Latino/Hispano No Latino

Vive usted en una vivienda pública (public housing):

- Si No

Tamaño de Familia	Ingresos Familiares Anuales		
1	<input type="checkbox"/> \$12,140 o menor	<input type="checkbox"/> \$18,210 o menor	<input type="checkbox"/> \$24,280 o menor
	<input type="checkbox"/> \$24,281 o mayor		
2	<input type="checkbox"/> \$16,460 o menor	<input type="checkbox"/> \$24,690 o menor	<input type="checkbox"/> \$32,920 o menor
	<input type="checkbox"/> \$32,921 o mayor		
3	<input type="checkbox"/> \$20,780 o menor	<input type="checkbox"/> \$31,170 o menor	<input type="checkbox"/> \$41,560 o menor
	<input type="checkbox"/> \$41,561 o mayor		
4	<input type="checkbox"/> \$25,100 o menor	<input type="checkbox"/> \$37,650 o menor	<input type="checkbox"/> \$50,200 o menor
	<input type="checkbox"/> \$50,201 o mayor		
5	<input type="checkbox"/> \$29,420 o menor	<input type="checkbox"/> \$44,130 o menor	<input type="checkbox"/> \$58,840 o menor
	<input type="checkbox"/> \$58,841 o mayor		
6	<input type="checkbox"/> \$33,740 o menor	<input type="checkbox"/> \$50,610 o menor	<input type="checkbox"/> \$67,480 o menor
	<input type="checkbox"/> \$67,481 o mayor		
7	<input type="checkbox"/> \$38,060 o menor	<input type="checkbox"/> \$57,090 o menor	<input type="checkbox"/> \$76,120 o menor
	<input type="checkbox"/> \$76,121 o mayor		
8	<input type="checkbox"/> \$42,380 o menor	<input type="checkbox"/> \$63,570 o menor	<input type="checkbox"/> \$84,760 o menor
	<input type="checkbox"/> \$84,761 o mayor		
9	<input type="checkbox"/> \$46,700 o menor	<input type="checkbox"/> \$70,050 o menor	<input type="checkbox"/> \$93,400 o menor
	<input type="checkbox"/> \$93,401 o mayor		
10	<input type="checkbox"/> \$51,020 o menor	<input type="checkbox"/> \$76,530 o menor	<input type="checkbox"/> \$102,040 o menor
	<input type="checkbox"/> \$102,041 o mayor		