



# Keystone Health

## REGISTRO DEL PACIENTE

### INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleo : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Usted es indigente? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No ¿Usted es veterano/a? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Seguro médico: \_\_\_\_\_ Sí -- \_\_\_\_\_ No. Si no tiene seguro médico, ¿le gustaría obtener información acerca de nuestro programa de reducción de pagos? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

### PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación al paciente)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Teléfono)

### PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO:

*(Complete solo si el paciente tiene menos de 18 años)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

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 médico(s) será mi responsabilidad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Keystone Health**  
**PATIENT'S AGREEMENT TO SHARE PROTECTED HEALTH INFORMATION**  
**ACUERDO DEL / DE LA PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN**

Nombre paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido[s])

Por favor, enumere las personas con las que podemos compartir su información médica o información de facturación o las dos. Esto significa que podemos compartir verbalmente información médica o financiera, así como proporcionar copias impresas de los elementos contenidos en sus expedientes médicos o estados de cuenta de facturación. Cualquier persona enumerada también puede recoger información para usted en el consultorio, tales como recetas médicas aprobadas, hojas de laboratorio o de pruebas, cartas para justificar la ausencia en el trabajo o en la escuela, etc. El/La paciente o su representante oficial tiene que iniciar y firmar un formulario de entrega de información en caso de que se solicita una copia completa del expediente médico. Es su responsabilidad avisar a Keystone de cualquier cambio. Se revisa y actualiza esta información del acuerdo durante cada cita y sigue siendo válida hasta que sea revocada por escrito.

Keystone Health utiliza un expediente médico electrónico; todos los sitios de Keystone comparten un expediente. Cualquier persona a quien usted autorice tendrá acceso a su información en cualquier sitio de Keystone.

Hay visitas específicas que requerirán que el/la paciente o persona autorizada/persona designada oficial firme una autorización para la divulgación. Sería posible que las visitas incluyeran salud mental, VIH y visitas confidenciales de mujeres.

Si el/la paciente es menor de los 18 años, el padre o la madre y/o el tutor legal debe(n) ser enumerado(s) a continuación.

Información financiera/médica

Nombre:	Relación con el/la paciente:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Keystone Health utiliza un sistema de recordatorios o un portal de pacientes o los dos para comunicarnos con nuestros pacientes. Favor de completar la información a continuación, para que podamos comunicarnos con usted en cuanto a su atención médica.

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ (Recibirá un mensaje de texto)

Correo electrónico [e-mail]: \_\_\_\_\_ (Recibirá un correo electrónico)

Al firmar, doy mi permiso a Keystone Health para compartir mi información médica protegida, según lo permitan la ley y las regulaciones a los individuos enumerados y declaro que recibí una copia del *Financial Agreement* y *Notice of Privacy Practices* [Acuerdo financiero y Aviso de prácticas de confidencialidad] del *Keystone Health Center* [Centro Médico Keystone].

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

\_\_\_\_\_  
Iniciales del personal

**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

<b>Tamaño de Familia</b>	<b>Ingresos Familiares Anuales</b>		
1	<input type="checkbox"/> \$15,075 o menor	<input type="checkbox"/> \$18,090 o menor	<input type="checkbox"/> \$21,105 o menor
	<input type="checkbox"/> \$24,120 o mayor		
2	<input type="checkbox"/> \$20,300 o menor	<input type="checkbox"/> \$24,360 o menor	<input type="checkbox"/> \$28,420 o menor
	<input type="checkbox"/> \$32,480 o mayor		
3	<input type="checkbox"/> \$25,525 o menor	<input type="checkbox"/> \$30,630 o menor	<input type="checkbox"/> \$35,735 o menor
	<input type="checkbox"/> \$40,840 o mayor		
4	<input type="checkbox"/> \$30,750 o menor	<input type="checkbox"/> \$36,900 o menor	<input type="checkbox"/> \$43,050 o menor
	<input type="checkbox"/> \$49,200 o mayor		
5	<input type="checkbox"/> \$35,975 o menor	<input type="checkbox"/> \$43,170 o menor	<input type="checkbox"/> \$50,365 o menor
	<input type="checkbox"/> \$57,560 o mayor		
6	<input type="checkbox"/> \$41,200 o menor	<input type="checkbox"/> \$49,440 o menor	<input type="checkbox"/> \$57,680 o menor
	<input type="checkbox"/> \$65,920 o mayor		
7	<input type="checkbox"/> \$46,425 o menor	<input type="checkbox"/> \$55,710 o menor	<input type="checkbox"/> \$64,995 o menor
	<input type="checkbox"/> \$74,280 o mayor		
8	<input type="checkbox"/> \$51,650 o menor	<input type="checkbox"/> \$61,980 o menor	<input type="checkbox"/> \$72,310 o menor
	<input type="checkbox"/> \$82,640 o mayor		
9	<input type="checkbox"/> \$56,875 o menor	<input type="checkbox"/> \$68,250 o menor	<input type="checkbox"/> \$79,625 o menor
	<input type="checkbox"/> \$91,000 o mayor		
10	<input type="checkbox"/> \$62,100 o menor	<input type="checkbox"/> \$74,520 o menor	<input type="checkbox"/> \$86,940 o menor
	<input type="checkbox"/> \$99,360 o mayor		