

Si necesita ayuda para llenar estas formas, por favor de decirnos nosotros le podemos ayudar.

Nombre del Paciente: _____

¿Alguna vez has usado un nombre o nombres diferentes?: _____

Calle: _____ Apartado de Correos: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código de postal: _____ Teléfono de Casa: _____

Otro Teléfono: _____ Celular Trabajo _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____  ¿Eres un veterano militar? Yes No

Tipo de Residencia: Vivienda Pública del Gobierno Casa/Apt Privada Asilo de Ancianos | ¿Eres un estudiante? No Tiempo Completo Medio Tiempo

Sexo al Nacer: Femenino Masculino | Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Identidad de Género: Hembra Masculino Hombre Trans de Mujer Mujer Trans de Hombre Otro Elijo No Revelar

Orientación Sexual: Hetrosexual Homosexual Bisexual Algo más No se Elijo No Revelar

Raza: Asiático Hawaiano Nativo Otro Isleño Pacífico Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska Blanco Más de Uno

Etnicidad: Hispano No Hispano Algunas de nuestras subvenciones nos obligan a informar sobre la raza y el origen étnico de las personas a las que prestamos servicios.

Empleado: Tiempo Completo Medio Tiempo Trabajadores por cuenta propia Estudiante Niño Desempleados Discapacitado

Retirado Fecha: _____ Título Profesional/Descripción: _____

Eres un: Trabajador Migrante o Trabajador Agrícola de Temporada

- En los últimos 2 años, ¿usted o alguien de su familia ha sido empleado como trabajador en algún tipo de agricultura como plantar, cosechar, preparar la tierra, empacadora, conducir un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajar con animales de granja como vacas, gallinas, etc. Sí No
- En los últimos 2 años, ¿ha vivido usted o un miembro de su familia fuera de su hogar para trabajar en algún tipo de agricultura? Sí No
- ¿Usted o un miembro de su familia han dejado de migrar para trabajar en la agricultura debido a una discapacidad o edad? Sí No

Si Trabaja: Nombre del Empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Sin Hogar? Sí No Fecha Efectiva: _____ Estado: Compartiendo sitio Refugio para Indigentes Calle Transicional Otro

Es tu idioma principal Español? Sí No Si no, mi idioma principal es _____

¿Necesitas un intérprete? Sí No Estas sordo? Sí No ¿Necesita un intérprete de lenguaje de señas? Sí No

NOTA: ResourceCare recibe fondos estatales y federales para respaldar nuestros servicios. De vez en cuando se nos pide que informemos sobre el estado financiero general de nuestros pacientes. Agradeceríamos que estuviera dispuesto a hacernos saber su ingreso familiar aproximado.

Número total de adultos (mayores de 18 años): _____ Número total de niños (incluidos los niños no nacidos): _____ Tamaño total de la familia:

Estimación del ingreso total del hogar: \$ _____ por Semana Mes Año

¿Tienes seguro medico? Sí No Proveedor de seguros _____ Número de Póliza _____

¿Tienes seguro dental? Sí No Proveedor de seguros _____ Número de Póliza _____

Si la respuesta es No, consulte el Formulario de asistencia financiera adjunto para solicitar Asistencia financiera. Si la respuesta es Sí, proporcione alguna (s) tarjeta (s) para que podamos hacer una copia. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera para posiblemente reducir el copago y los gastos deducibles, si corresponde.

Si el asegurado NO es el paciente, complete la siguiente información:

Proveedor de seguros: _____ Nombre del suscriptor: _____

Suscriptor fecha de nacimiento: _____ Relación del suscriptor con el paciente: _____

¿Tiene alguna preferencia por un proveedor médico en esta oficina? Nombre: _____

Si tiene seguro, ¿quién está listado como su médico de atención primaria (PCP)?: Nombre: _____

Fuente de referencia: ¿Cómo supo de nosotros? (Círculo) Cartelera, Banco de autobuses, Empleador, Paciente existente, Amigo, Agencia de gobierno, Feria de salud, Hospital, Seguro, Correo, Periódico, Otro proveedor, Directorio telefónico, Señal portátil, Radio, Relativo, Escuela, Servicio social, Miembro del personal, Páginas Amarillas

En caso de contacto de emergencia: _____ Teléfono # _____ Relación: _____

Autorización / Asignación y cobertura de seguro

Certifico que no tengo seguro que pagará los beneficios del tratamiento médico.

Certifico que el seguro reportado a ResourceCare para el tratamiento es una lista completa de mi seguro.

Por este medio consiento voluntariamente a la atención ambulatoria con ResourceCare, que abarca procedimientos rutinarios, quirúrgicos menores y diagnósticos. Además, doy mi consentimiento para que el personal médico y sus asistentes realicen un examen de los procedimientos, incluidos los asistentes de médicos y enfermeras practicantes de familia. Entiendo que los asistentes médicos y enfermeras practicantes familiares no son médicos con licencia y pueden ayudar a brindar atención médica solo bajo la supervisión y dirección de un médico con licencia.

ASIGNACIÓN DE SEGURO: En consideración de los servicios prestados, por la presente cedo y transfiero a ResourceCare cualquier beneficio pagadero a mi beneficio o por mi beneficio de hospitalización, seguro de enfermedad o accidente, y cualquier otra cobertura de seguro, que incluye, entre otros, Medicare / Medicaid y las principales Médico, por el pago de dichos servicios prestados. Estoy de acuerdo en cooperar, ayudar y ayudar a la clínica a obtener todos los beneficios de seguro posibles, incluida la iniciación y el cumplimiento de todas las disposiciones de la póliza que dichas compañías de seguros puedan requerir para el pago. Además, asigno y transfiero a dicha clínica un interés en cualquier causa de las acciones que puedan surgir de las lesiones que resulten directa o indirectamente en este período de tratamiento. Esta asignación incluye los beneficios de seguro que me corresponden con la cobertura de motorista no asegurado. En los casos de Medicare / Medicaid, el proveedor o proveedor acuerda aceptar la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable solo por el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Entiendo que, independientemente de mis beneficios de seguro asignados, soy responsable de los cargos totales por los servicios prestados, y además estoy de acuerdo en que todas las cantidades deben pagarse a SCCRC dba ResourceCare, Condado de Shackelford, Albany, Texas. El pago se debe realizar en el momento en que se presten los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos por adelantado con el Departamento de facturación. Debemos tener todas las pólizas de seguro en el momento del tratamiento y la diferencia entre la factura total estimada y el pago del seguro esperado se pagará al recibir una declaración de ResourceCare. Además, acepto que cualquier pago en exceso en esta cuenta puede aplicarse a cualquier saldo adeudado en mi cuenta con ResourceCare.

También autorizo a ResourceCare a divulgar información médica, luego de ser referido a un especialista, para mi cuidado continuo. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma del paciente / guardián

Fecha

AVISO SOBRE QUEJAS: Las quejas sobre médicos, así como otros licenciatarios y solicitantes de registro de la Junta Estatal de Examinadores Médicos de Texas, incluidos los asistentes médicos y acupunturistas, pueden ser reportadas para investigación en la siguiente dirección: Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas, Atención: Investigaciones, 1812 Center Creek Drive, Suite 300, PO Box 149134, Austin, Texas 78714-9134. La asistencia para presentar una queja está disponible llamando al siguiente número de teléfono:
1-800-201-9353

Autorización y consentimiento para el tratamiento de un niño/niña

Yo, _____ (en letra de imprenta) tener custodia legal y por la presente dar permiso para el personal de ResourceCare examina: _____, nacido en ____ / ____ / ____, y conducta pruebas y procedimientos según sea necesario para el diagnóstico y la atención, y para brindar el tratamiento que los proveedores del centro de salud consideren necesario. Individuos adicionales autorizados para acompañar a mi hijo.

Firma del padre / guardián

Fecha

Relacion hacia el niño/niña

For Office Use Only: INTERPRETER'S STATEMENT (If applicable) I have translated the information on this form orally to the individual in _____ language and explained its contents to him/her to the best of my knowledge and belief that he/she understood this explanation.

Signature of Interpreter

Date