BFHD Account # _____

Benton-Franklin District Health Department
Forma de Registro

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
APELLIDO NOMBRE COMPLETO

DOMICILIO_____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO

TELÉFONO (Casa) _____ (Trabajo) _____ SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE_____

CIRCULAR UNO: SEXO: M / F ESTADO CIVIL: Casado / Soltero / Divorciado / Separado

PERSONA RESPONSABLE_____ RELACIÓN AL PACIENTE_____

DOMICILIO_____
(SI ES DIFERENTE) CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DEL SEGURO: _____# DE LA POLIZA_____ # DE GRUPO_____

DOMICILIO_____ TELÉFONO _____

LUGAR DE EMPLEO _____ TELÉFONO_____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ RELACIÓN AL PACIENTE _____

NOTICIA DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mantenemos un archivo del servicio de cuidado de salud que le proveemos a usted. Puede solicitar ver y copiar ese archivo. También nos puede pedir corregir ese archivo. No divulgaremos su archivo solo si nos dirige hacerlo, o solo si la ley nos lo autoriza o compela hacerlo. Puede ver su archivo o recibir mas información sobre él presentándonos con una solicitud escrita en cualquiera de nuestras oficinas. Nuestra **Noticia de Prácticas de Privacidad** descubre en detalle como su información de salud puede ser utilizado y divulgado, y como usted puede tener acceso a esta información.

Calificación Para el Descuento

Tamaño de la familia (#):___ Ingresos Familiares Mensuales: _____ O Ingresos Familiares Anuales: _____

_____**Certificación de Cliente:** Estoy de acuerdo que las declaraciones antedichas son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que para poder recibir un descuento, puede ser requerido proveer prueba de mis ingresos en el futuro, y estoy de acuerdo en hacerlo si me lo piden. También entiendo que no puedo calificar por el descuento si tengo beneficios de seguro medico que puede pagar por los servicios.

____ No acepto llenar la calificación para el descuento y acepto la responsabilidad financiera completa.

_____ **Autorización para menores de edad:** Si el paciente enlistado arriba es menor de edad, soy padre/madre o tutor legal._____ (imprime su nombre)

_____**Certificado del Cliente:** Autorizo pagos por mí aseguro sean pagados directamente al Departamento de Salud Benton-Franklin.

_____**Autorización de librar información:** Autorizo librar información de cobros según enfermedades transmitidos sexualmente incluyendo VIH/SIDA. Tengo el entendido que esta cuenta puede resultar en la inhabilidad de obtener seguro medico en el futuro.

_____**Responsabilidad Financiero:** Soy responsable de mis gastos médicos. .Estoy de acuerdo pagar el balance inmediatamente, en caso que mi cuenta es pagada o el pago es negado por mi compañía de seguro.

_____**Noticia de Prácticas de Privacidad:** Se me he entregado una declaración de las Noticias de Prácticas de Privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas a esto.

Con mi firma Yo estoy de acuerdo con los términos y declaraciones mencionados. Toda la información es verdadera y correcta.

X

FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA RESPONSABLE **FECHA** **HORA**

DOB ___/___/___

(LAST NAME, FIRST)

YEAR