

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Connection
West Salem Clinic
West Salem Dental Clinic
Total Health Community Clinic



Date	Acct. No.	Chart No.
------	-----------	-----------

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Género al Nacer	Identidad del Género			Estado civil
	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Mujer a Hombre	<input type="checkbox"/> Género Queer	Pronombre Preferido
	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hombre a Mujer	<input type="checkbox"/> Otro	
			<input type="checkbox"/> No contesta	
Dirección			Ciudad	Estado
Dirección Para Recibir Correo (Sólo si es diferente a la de arriba)			Ciudad	Estado
Número de Teléfono de Casa			Número Celular	#Teléfono del Contacto de Emergencia
Persona Responsable del Paciente		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente
Nombre del empleador				Número de Teléfono del Trabajo
Dirección del Trabajo			Ciudad	Estado
¿está sirviendo actualmente en el ejército? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre de su Seguro Médico Primario	Número de Grupo	Número de Identificación	Teléfono del Seguro Médico
Persona Asegurada	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente
Nombre de su Seguro Médico Secundario	Número de Grupo	Número de Identificación	Teléfono del Seguro Médico
Persona Asegurada	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____, por la presente autorizo a los proveedores de la Clínica West Salem, Clínica Total Health Community, o Clínica Dental West Salem para proporcionar tales servicios de salud, incluyendo cirugía general o de emergencia, tal como se determine para el mejor interés mío, de mi niño(a), o persona a mi cargo legal, si soy padre o tengo custodia legal. Esta autorización deberá continuar activa y vigente hasta que sea cancelada por escrito.

_____	_____	_____
Firma del Paciente	Firma del Padre o Tutor Legal (si se aplica)	Fecha

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo a Northwest Human Services de proveer a la compañía(s) de seguro del asegurado toda información que dicha compañía(s) pueda solicitar con respecto a mi reclamo actual. Por la presente asigno a Northwest Human Services toda cantidad monetaria a la cual tengo derecho para el costo relativo a los servicios proporcionados de cuando en cuando, pero sin exceder mi deuda con Northwest Human Services. Entiendo que cualquier cantidad monetaria recibida más allá de mi deuda se me reembolsara cuándo mi factura se pague en su totalidad. Entiendo que soy financieramente responsable a Northwest Human Services por cargos no cubiertos por esta cesión.

_____	_____	_____
Firma del Paciente	Firma de la Persona Responsable	Fecha

Updated 7/25/18

Revised 8/14/02	Revised 9/1/06	Revised 8/23/07	Revised 4/1/16
--------------------	-------------------	--------------------	-------------------