



INFORMACION DEL PACIENTE

Carpeta #: _____ Cuenta #: _____ Nombre: _____ Dirección: _____ Segunda Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	¿Está Inscrito en HCC?: <u>Si / NO</u> Idioma Preferido: _____ Raza: _____ Grupo Étnico: _____ ¿Es Usted un Veterano? <u>Si / No</u>
Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (mes/día/año) Estado Marital: _____ País de Origen: _____	¿Estado de Vivienda? Correo Electrónico: _____ Doctor que lo Refirió: _____
No. de Teléfono Casa: _____ No. de Teléfono Trabajo: _____ No. de Celular: _____ ¿Podemos dejar mensaje en su buzón? <u>Si / No</u>	Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia: _____ Relación al Paciente: _____ ¿Podemos dejar mensaje en el buzón? <u>Si / No</u>

INFORMACION DEL EMPLEADOR

Estatus de empleo: <u>Trabajando [] - Trabajador Independiente [] - Desempleado [] - Retirado [] - Estudiante []</u>	
Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____ Contacto del Empleador: _____	Dirección del Empleador: _____ _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Seguro Primario: _____ Fecha de Inscripción: ____/____/____ (MM/DD/YY) Nombre del Subscritor: _____ No. Del Certificado: _____ Nombre del Grupo: _____ No. Del Grupo: _____ Teléfono del Seguro: _____ Relación: [] Paciente [] Esposo/a [] Hijo/a [] Otro Subscritor FDN: _____ SSN: _____	Seguro Secundario: _____ Fecha de Inscripción: ____/____/____ (MM/DD/YY) Nombre del Subscritor: _____ No. Del Certificado: _____ Nombre del Grupo: _____ No. Del Grupo: _____ Teléfono del Seguro: _____ Relación: [] Paciente [] Esposo/a [] Hijo/a [] Otro Subscritor FDN: _____ SSN: _____
--	--

Si el paciente es menor de 18 años, por favor llene la siguiente sección: **INFORMACION DE PADRES / ENCARGADO LEGAL**

Encargado: _____ GDOB: _____ Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____	Tel. Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Cell: _____ Seguro Social Del Encargado: _____ Sexo: _____
--	--

Yo certifico que la información en este formulario es verdadera de acuerdo a mi conocimiento. Acepto la responsabilidad de los cargos médicos incurridos por el paciente y me comprometo a pagar las facturas en el momento de servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos. **Autorización Para Pagar Los Beneficios Al Doctor:** Yo autorizo que mi factura médica sea pagada directamente a la clínica. Además, entiendo que mi seguro de salud puede pagar menos de la factura real de servicios, y yo soy responsable del balance restante. **Autorización Para Revelar Información Médica:** Yo autorizo a mi proveedor a revelar o usar toda la información necesaria para mi curso de tratamiento o revelar información necesaria a mi compañía de seguros médico. Se me ha ofrecido y / o he recibido una copia de las pólizas de HIPAA del Centro de Salud La Red.

Firma (Paciente o Padre)

Nombre (letra de imprenta)

____/____/____
Fecha (mes/día/año)

Pacientes Menores de 18 Años De Edad: ¿Cual es su estado de vivienda? Con Padres Con Guardián
Otro (especifique) _____

Georgetown

21444 Carmean Way, Georgetown, DE 19947
P#: (302) 855-1233-- F#: (302) 654-1061



La Red
CENTRO DE SALUD
Arraigados en la Comunidad

☐ Milford Office
☐ Seaford Gyn

☐ Seaford Office

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____
(mes/día/año)

Firma del Paciente: _____

Fecha de Hoy: _____
(mes/día/año)

Marque su respuesta Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Prefiere no elegir	Marque su respuesta Raza: ☐ Negro/Afro-Americano ☐ Blanco ☐ Indio Asiático ☐ Asiático Otro ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Vietnamita ☐ Coreano ☐ Guameño ☐ Samoano ☐ Nativo de Hawái ☐ Filipino ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Prefiere no elegir
Marque su respuesta Vivienda: ☐ Dueño ☐ Renta - Si renta elija una opción: casa, apartamento, habitación (cuarto) ☐ Vivienda de transición (temporal) ☐ Comparte vivienda (más de una familia por vivienda) ☐ Sin hogar: albergue, calle, auto, otro	Marque su respuesta Etnicidad: ☐ No Hispano, No Latino o No Español ☐ Hispano, Latino, Español ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño ☐ Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano ☐ Prefiere no elegir Idioma Primario/Preferido: _____
Marque su respuesta ¿Vive usted en vivienda pública? Sí / No ¿Es usted veterano? Sí / No ¿Es usted trabajador inmigrante? Sí / No ¿Es usted trabajador temporal? Sí / No	

**Se nos requiere obtener la información anteriormente solicitada por ser un centro de salud federalmente calificado.
Gracias por ayudarnos a cumplir con estos requisitos.**

Staff only:

Please enter Patient Self Declaration income level: Level _____

Staff initials: _____