

**PRIMARY HEALTH SOLUTIONS  
REGISTRO DEL PACIENTE/FORMULARIO FINANCIERO**



Fecha de Hoy: Mes / Día / Año \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:				
Apellido	Nombre	Apodo	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Género de Nacimiento:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Identidad de Género:</b> <input type="checkbox"/> Elija no Revelar <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre, (FTM) Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer, Ni Masculino o Femenino <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer, (MTF) Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Otros	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Orientación Sexual:</b> <input type="checkbox"/> Elija no Revelar <input type="checkbox"/> Heterosexual, Heterosexuales <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, Homosexual, Homosexuales <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otros		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sexo Actual:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre				
Dirección de Facturación del Paciente		Ciudad	Estado	Zip Postal
Residencia del Paciente (si es diferente)		Ciudad	Estado	Zip Postal
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Idioma Preferido:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Nepali <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Religión:</b> <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Agnóstico <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Islámico <input type="checkbox"/> Cienciología <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Otros: _____		<input checked="" type="checkbox"/> <b>Estudiante:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Todo lo que Corresponda:</b> <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Pérdida de Audición <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual	<input checked="" type="checkbox"/> <b>¿Podemos Enviar Notificaciones?</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Todo lo que Aplica:</b> <input type="checkbox"/> Desactivar <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Buzón de Voz		<input checked="" type="checkbox"/> <b>Que Contacto # Usted Prefiere:</b> <input type="checkbox"/> Teléfono de la Casa # (    ) <input type="checkbox"/> Día/Teléfono del Trabajo # (    ) <input type="checkbox"/> Celular/Alternativa # (    )	
Nombre Contacto de Emergencia	Relación Contacto de Emergencia		Contacto de Emergencia # (    )	
Correo Electrónico del Paciente/Tutor				
INFORMACIÓN DE EMPLEO:				
Nombre del Empleador		Ocupación	Teléfono del Empleador #	
ESTADÍSTICAS REQUERIDAS PARA LA INFORMACIÓN GUBERNAMENTAL:				
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Estado de Impuestos:</b> <input type="checkbox"/> Devolución no archivada <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Jefe de Hogar <b>Es Jefe de Hogar:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Todo lo que Aplica:</b> <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Migratorio <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Más de una Raza	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Declinar <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido	
DIRECTIVA AVANZADA:				
¿Tienes un Testamento en vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Esta en el archive de su Proveedor de Atención Primaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
**PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE**				
<b>Portal Enrollment Reviewed:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>If No, Reason:</i> <input type="checkbox"/> Patient Already Enrolled <input type="checkbox"/> Other: _____ <b>Token Generated:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>If No, Reason:</i> <input type="checkbox"/> Patient Already Enrolled <input type="checkbox"/> Other: _____ <b>Reason for No Email:</b> <input type="checkbox"/> Declined (Refuse) <input type="checkbox"/> Deferred (Self-Enroll) <input type="checkbox"/> No Email				
_____ <b>PHS Staff Name (Print)</b>		_____ <b>PHS Staff Signature</b>		_____ <b>Date of Signature</b>

**PRIMARY HEALTH SOLUTIONS  
REGISTRO DEL PACIENTE/FORMULARIO FINANCIERO**



Fecha de Hoy: Mes / Día / Año

**INFORMACIÓN FINANCIERA REVISADA – SIN CAMBIOS**

**PARTE RESPONSABLE (Requerido para menores de 18 años y siempre que el Fiador no sea el Paciente):**

Apellido	Nombre	MI	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento	Relación
----------	--------	----	-----------------	---------------------	----------

**INFORMACIÓN DEL SEGURO (Favor, presente TODAS las Tarjetas de Seguro y Foto ID a la Recepcionista):**

Seguro Primario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Copago \$	Titular de la Póliza	Relación
Seguro Secundario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Copago \$	Titular de la Póliza	Relación
Seguro Terciario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Copago \$	Titular de la Póliza	Relación

**INGRESOS DEL HOGAR:**

Es la política de Primary Health Solutions proporcionar servicios esenciales a aquellos que no tienen medios o medios limitados para pagar sus servicios médicos (sin seguro o seguro insuficiente). Los descuentos se basarán únicamente en el ingreso y el tamaño de la familia. Por favor complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

*\* Para los efectos de la asistencia, la familia se define como: un grupo de dos personas o más relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntos; todas esas personas (incluyendo miembros de la subfamilia relacionados) son consideradas como miembros de una familia.*

**Sección (a):** Ingreso total combinado para todas las personas que trabajan en el hogar. **Sección (b):** Con qué frecuencia se le paga. **Sección (c):** Cualquier ingreso adicional recibido en el hogar. **Sección (d):** Número total de personas que los ingresos del hogar apoyan.

**TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL**

<b>(a) Ingreso total del Hogar antes de Impuestos:</b> \$	<b>(b) <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia:</b> <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada-2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<b>(c) Otros Ingresos:</b> \$	<b>(d) Número total de personal apoyadas por ingresos:</b>
--	--	----------------------------------	--

**DOCUMENTACIÓN DE NINGÚN INGRESO:**

*Si ha informado ingresos de \$ 0 en la sección anterior, explique cómo está satisfaciendo sus necesidades diarias.*

**CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO:**

Entiendo que para determinar la elegibilidad para el programa de Escala de Tarifas, debo proporcionar uno de los siguientes: año anterior W-2, dos talones de pago más recientes, carta del empleador o Formulario 4506-T (si W-2 no se archivó). Si trabajo por cuenta propia, debo presentar los detalles de los últimos tres meses de ingresos y gastos para el negocio. Primary Health Solutions puede solicitar información adicional antes de que el paciente nombrado arriba sea aprobado para un descuento.

Estoy de acuerdo en informar a Primary Health Solutions de cualquier cambio en las circunstancias que puedan afectar la elegibilidad del paciente. Cualquier información falsa o fraudulenta proporcionada será motivo de denegación de servicios para el paciente. Entiendo que la información anterior debe ser actualizada cada doce (12) meses, o si hay algún cambio en el tamaño de la familia o los ingresos del hogar.

He recibido información explicando el Programa Escala de tarifas y acepto seguir sus términos. Entiendo que cualquier descuento para el que soy elegible, se aplicará a todos los servicios recibidos en cualquiera de las prácticas de Primary Health Solutions, pero no a aquellos servicios o equipos que se adquieren desde fuera, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos e interpretación de rayos X por un radiólogo de consultoría y otros servicios similares.

Certifico que toda la información dada por mí es verdadera. Yo consiento a cualquier servicio prestado a mí o a mis dependientes por el proveedor / médico que lo atiende. Entiendo que esta autorización también permitirá que el centro divulgue información relacionada con mi expediente médico a otras oficinas para ayudar en mi cuidado continuo. Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados por Primary Health Solutions. Autorizo la divulgación de información a mi compañía de seguros y autorizar el pago directamente a Primary Health Solutions. He leído y entiendo completamente lo anterior.

Nombre del Paciente/Parte Responsable (Imprenta)  
 Paciente  Padres  Tutor

Firma del Paciente/Parte Responsable

Fecha de la Firma

**\*\*PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE\*\***

**Income Documents Received:**  Yes  No *If No, Reason:*  One Day Slide  Refused  Other: \_\_\_\_\_  
**Documents Scanned:**  Yes  No *If No, Reason:* \_\_\_\_\_  
**Insurance Card Scanned:**  Yes  No *If No, Reason:* \_\_\_\_\_

PHS Staff Name (Print)

PHS Staff Signature

Date of Signature