

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - letra de imprenta	
<p>Apellido _____</p> <p>Primer nombre _____</p> <p>Nombre Preferido _____</p> <p>Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p>El ex Apellido _____</p> <p>Genero reportado al nacer    <input type="checkbox"/> Masculin   <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento _____</p> <p>Número de la Seguridad Social: _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Código postal _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Condado de Residencia: _____</p> <p>Telefono de casa _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p>Teléfono de trabajo _____</p> <p>Correo electrónico _____</p> <p>Prefiero ser contactado por: <input type="checkbox"/> Correo electrónico</p> <p><input type="checkbox"/> Mensaje de texto   <input type="checkbox"/> Telefono de casa   <input type="checkbox"/> Teléfono móvil</p> <p><input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo    <input type="checkbox"/> Estas bien dejar mensaje</p> <p><input type="checkbox"/> NO deje un mensaje    <input type="checkbox"/> No llame Número de casa</p> <p><input type="checkbox"/> No llame Trabajo        <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Proveedor _____</p> <p>Farmacia _____</p> <p>Lengua hablada:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Inglés    <input type="checkbox"/> Español</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Alaska    <input type="checkbox"/> Asiático</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano    <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico    <input type="checkbox"/> Blanca</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino   <input type="checkbox"/> No Hispano</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Estado marital <input type="checkbox"/> Casado    <input type="checkbox"/> Soltero</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Viudo    <input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Separados    <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>¿Puede usted salir de su casa?   <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No</p> <p>Migrante o trabajador agrícola de temporada?   <input type="checkbox"/> Migrante</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Temporal    <input type="checkbox"/> No es un trabajador migrante o temporal</p> <p>Situación de vivienda <input type="checkbox"/> Vivir con alguien    <input type="checkbox"/> En un refugio</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> En la calle    <input type="checkbox"/> Vivienda de transición</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> No sin hogar    <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>¿Usted vive en una vivienda pública?   <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Eres un veterano?    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Apellido del Padre/Tutor</b> _____</p> <p>Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p><b>Apellido del pariente más cercano</b> _____</p> <p>Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p style="text-align: center;"><b>INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b></p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación _____</p> <p>Telefono de casa _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p style="text-align: center;"><b>INFORMACION DE EMPLEO</b></p> <p>Nombre del empleador _____</p> <p>Teléfono del empleador _____</p> <p>Su ocupación habitual _____</p> <p>Su industria habitual _____</p> <p style="text-align: center;"><b>INFORMACIÓN DEL CUSTODIO (del que se envían las facturas)</b></p> <p>Relación con el Paciente _____</p> <p>Apellido _____</p> <p>Primer nombre _____</p> <p>Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Código postal _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Número de seguro social _____</p> <p>Teléfono de trabajo _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p><b>¿Cómo nos encontraste?</b> <input type="checkbox"/> Un paciente ahora   <input type="checkbox"/> Un amigo</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Guía de Paginas Amarillas    <input type="checkbox"/> Radio publicidad</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anuncio de periódico        <input type="checkbox"/> Referido por un Hospital</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Televisión                        <input type="checkbox"/> La red mundial</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p style="text-align: center;"><b>ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD GÉNERO</b></p> <p>NOTA: este dato es requerido para reportes de estadísticas federales y no esta asociado con pacientes individuales</p> <p><b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Lesbianas, homosexuales, u homosexual</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexuales</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bisexual                        <input type="checkbox"/> Algo mas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Prefieren no revelar que</p> <p><b>Identidad género</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Masculino                        <input type="checkbox"/> Hembra</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Transexual masculino /-mujer a hombre</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Transgénero hombre / mujer a mujer</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Genderqueer</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otro                                <input type="checkbox"/> Prefieren no revelar que</p>

INFORMACIÓN DE SEGURO Y PAGO	
Seguros: <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro médico	¿Quieres solicitar descuentos de honorarios basado en el ingreso familiar y el tamaño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Número de personas que viven en su hogar? _____	En caso negativo, ¿cumple con los criterios para obtener ingresos superiores al 250% de pobreza en la tabla disponible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ingreso anual combinado del hogar, margue a continuación: <input type="checkbox"/> \$0 – 12,760.00 (100% y por debajo)	¿Quieres información o ayuda con...
<input type="checkbox"/> \$12,761.00 – 15,949.00 (101-150%)	<input type="checkbox"/> Solicitar descuento de honorarios <input type="checkbox"/> Aplicar para Medicaid
<input type="checkbox"/> \$15,950.00 – 19,139.00 (151-200%)	<input type="checkbox"/> Solicitud de Medicare <input type="checkbox"/> Solicitud de PeachCare for Kids
<input type="checkbox"/> \$19,140.00 – 25,519.00 (151-200%)	<input type="checkbox"/> Solicitud para el seguro de la ley de Cuidados de Salud Accesibles
<input type="checkbox"/> \$25,520.00+ (mas grande que 200%)	<input type="checkbox"/> Medicamentos accesibles <input type="checkbox"/> Otros _____

NOMBRE DE SU PLAN SEGUROS:	
Nombre del titular de la póliza en caso que no sea el paciente	Información de la póliza
Apellido _____	Relación del Paciente al titular de la póliza: _____
Primer nombre _____ Segundo nombre _____	ID / Certificación de número: _____
Dirección _____	Póliza / Número de grupo: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	
Fecha de nacimiento _____	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del empleador _____	

OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO PARA EL PACIENTE	
Nombre de su Plan Seguros: _____	
Nombre del titular de la póliza en caso que no sea el paciente	Información de la póliza
Apellido _____	Relación del Paciente al titular de la póliza: _____
Primer nombre _____ Segundo nombre _____	ID / Certificación de número: _____
Dirección _____	Póliza / Número de grupo: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	
Fecha de nacimiento _____	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del empleador _____	

MISIONES, COMUNICADO, y CONSENTIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizo MedLink Georgia, Inc., para proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y el tratamiento, y dirigir la aseguradora a pagar, sin equívocos, directamente a la MedLink Georgia, Inc., todas las prestaciones debidas como consecuencia del tratamiento.</li> <li>• Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos, copagos, deducibles o co-seguro. Autorizo y consiento para MedLink Georgia me facturan directamente por los servicios recomendados realizados que no están cubiertos bajo los términos de mi plan de salud.</li> <li>• Autorizo al médico para liberar cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo.</li> <li>• Una copia de esta autorización será igual de valida que la original.</li> <li>• Doy mi consentimiento a los cuidados médicos rutinarios prestados a mí o mi dependientes mediante los asistentes/proveedor médico(s).</li> <li>• Doy mi consentimiento para el tratamiento por un Asistente Medico o enfermera de práctica avanzada que actúa bajo la supervisión de un médico MedLink Georgia.</li> <li>• Reconozco que tengo derecho a las explicaciones sobre mi cuidado y tratamiento en un idioma y de una manera que asegura entiendo mis opciones de tratamiento</li> <li>• Entiendo que tengo el derecho a negarse a recibir tratamiento después de riesgos y beneficios se han explicado.</li> <li>• Doy mi consentimiento a los servicios de planificación de la familia voluntaria (X Título) si les solicito. Entiendo que todos los servicios del Título X son de carácter voluntario y confidencial. Yo entiendo que la obtención de servicios de Título X no es necesario y no es un requisito para obtener otros servicios en MedLink Georgia, Inc. Entiendo que no puedo ser rechazados por los servicios del Título X por no poder pagar.</li> <li>• Entiendo que algunos servicios médicos profesionales como servicios de laboratorio y patología pueden ser contratistas independientes y me facturarán por separado por sus servicios.</li> <li>• Reconozco que el tratamiento puede ser dictada en una emergencia sin consentimiento.</li> <li>• Entiendo que MedLink Georgia, Inc. no será responsable si no sigo las instrucciones que me dan por el proveedor / médico (s).</li> </ul>

**Certifico que toda la información dada por mí es verdadero.**

Firma \_\_\_\_\_  
 Paciente  de Padres  Guardián

Fecha \_\_\_\_\_