

MOUNTAINLANDS COMMUNITY HEALTH CENTER

REGISTRACIÓN/INFORMACIÓN DE PACIENTE

Información de Paciente:

Farmacia de preferencia: _____
Nombre y Ciudad

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Dirección:	Ciudad y Estado:	Código Postal:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero de Teléfono:	Email:

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Otro

Es usted de Raza Hispana: Si No Origen Etnico: Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano
 Islas del Pacífico Negro (Non-Hispano) Asiático
 Es usted Veterano/a de Las Fuerza Armadas de Los Estados Unidos? Si No Otro _____ Rechazó revelar

Estatus de Trabajo: Empleado Estudiante Medio Tiempo Estudiante Tiempo Completo

Nombre de Empleo/Escuela: _____ # de Teléfono de Trabajo: _____

Comunicación de preferencia: Patient Portal Teléfono Texto Correo Electronico (Email) Correo
 Fax _____ De otra manera _____ Declinado

Contacto en Caso de Emergencia: _____
Nombre Relción al Paciente Número de Teléfono

Lenguaje Preferido: _____ Tiene usted Seguro Medico? No Si _____
Nombre y Póliza de Seguro

Guardián del Paciente: *Relación al Paciente:* _____

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Dirección:	Ciudad y Estado:	Código Postal:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero de Teléfono:	Email:

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Otro

Es usted de Raza Hispana: Si No Origen Etnico: Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano
 Islas del Pacífico Negro (Non-Hispano) Asiático
 Es usted Veterano/a de Las Fuerza Armadas de Los Estados Unidos? Si No Otro _____ Rechazó revelar

Estatus de Trabajo: Empleado Estudiante Medio Tiempo Estudiante Tiempo Completo

Nombre de Empleo/Escuela: _____ # de Teléfono de Trabajo: _____

Yo certifico que he leído y estoy de acuerdo con las Prácticas de Privacidad HIPPA de MCHC. Firma: _____ Fecha: _____

Yo autorizo a Mountainlands Community Health Center (MCHC) que provera tratamiento médico para mí y mis dependientes. También autorizo a MCHC que revele todo o parte del expediente a cualquier persona u organización responsable por pago. Firmando esto yo asigno mis beneficios de seguro a MCHC. Estoy de acuerdo a pagar por todas las cuentas no pagadas por la compañía de mi seguro médico. Si mi cuenta fué enviada a una agencia de colección, estoy de acuerdo a pagar todas las cuentas de un abogado, costos de corte y papeleo y todas las cuentas de agencias de colección. Yo certifico a mi conocimiento, que la información proveido arriba es verdadera y que también si la descontinuarán mis servicios y/o persecución por fraude y perjurio ocurrir.

Firma de Paciente/Guardián Legal _____ Fecha _____ Testigo (Empleado de MCHC) _____

Medical Record # _____ Dental Record # _____