



NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC
Formulario de Registro

información de contacto del paciente						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre de Preferencia	Antiguo Apellido		
Fecha De Nacimiento / /	Número de Seguro Social	Correo Electrónico		Teléfono Principal de Contacto <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
Teléfono de casa:	Es posible que se deje información en el buzón de voz en el número de teléfono indicado. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Teléfono Celular:						
Teléfono de Trabajo:	Es posible enviar textos a mi teléfono celular. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Me gustaría recibir llamadas, textos y/o correos electrónicos automáticos. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Dirección de correspondencia		Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección de Casa(si es diferente a la de correspondencia)		Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Nombre del Contacto de Emergencia Principal		Relación		Teléfono		

Información Adicional			
Número de personas que viven en la casa:		Ingreso Familiar Anual Estimado:	
Sexo al Nacimiento <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Género de Identidad(Marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Genero queer <input type="checkbox"/> Transgenero Masculino/Femenino-a-Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino /Masculino-a-Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elijo no revelar	Orientación Sexual (Marque uno) <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Elijo no revelar	Estado Marital (Elija uno) <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja
Lenguaje Primario: (lenguaje que se habla en la casa)			
Estado de Empleo (Marque uno) <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Empleado/a por cuenta Propia <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Elijo no revelar	Etnicidad (Marque uno) <input type="checkbox"/> No-Hispano/a, No-Latino/a <input type="checkbox"/> Hispano/a, Latino/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a-Mexicano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Elijo no revelar	Raza (Marque todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Indio/a Asiatico/a <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Japones/sa <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Americano/a Indio/a, Alaska Nativo/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Isleno del pacífico <input type="checkbox"/> Elijo no revelar <input type="checkbox"/> Guameña/ Chamorro <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Otro _____	
Estado de Vivienda (Marque uno) <input type="checkbox"/> Casa propia o rentada <input type="checkbox"/> Refugio para indigentes <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Quedarse en casa de familiares y amigos <input type="checkbox"/> En la Calle <input type="checkbox"/> Vivienda Pública		Eres: (Marque todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Veterano/a <input type="checkbox"/> Trabajador de Agricultura y/o Inmigrante <input type="checkbox"/> Confinado en casa <input type="checkbox"/> Centro de Salud basado en Escuela <input type="checkbox"/> N/A	



NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC
Formulario de Registro

Garante(Parte Responsable) Información

<input type="checkbox"/> Marque si es igual que el paciente		Complete la siguiente información si el garante es diferente del paciente			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación Con el/la Paciente	
			/ /		
Dirección	Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono

Información del Seguro

Compania de Seguro	Nombre del/la Asegurado/a	Fecha de Nacimiento de/la Asegurado/a	Seguro Social del Asegurado/a	Relación con el/la paciente

Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido una copia de HIPAA(por sus siglas en inglés) Aviso de las prácticas de privacidad de New Horizon Family Health Services, Inc. y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el aviso.

Firma del Paciente (o parte responsable): _____ **Fecha:** _____
Relación con el Paciente: _____

Consentimiento para Tratamiento/ Autorización para Facturar

Yo consiento el tratamiento necesario de New Horizon Family Health Services, Inc. Y los autorizo para facturar mi seguro por cualquier servicio que reciba. reconozco mi responsabilidad de pagar por cualquier cuidado que no esté cubierto por mi seguro de acuerdo a las tarifas y políticas establecidas.

Firma del Paciente (o Parte Responsable): _____
Fecha: _____
Relación con el Paciente: _____