NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC
FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre de Preferencia	Apellido Anterior	
Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social	Correo Electrónico	Teléfono principal de contacto □ Casa □ Celular □ Trabajo		
Teléfono Residencial: Teléfono Celular: Teléfono del trabajo:	La información puede dejarse en los mensajes de voz del número de teléfono que figura en mi lista. □ Si □ No Los mensajes de texto pueden enviarse a mi teléfono Celular □ Si □ No Deseo recibir llamadas, mensajes de texto y/o correos electrónicos Automatizados. □ Si □ no				
Dirección Postal	Apartamento #	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección residencial (si es diferente de la dirección postal) Apt. #	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Nombre del Contacto Principal en caso de emergencia	Relación	Teléfono			

INFORMACIÓN ADICIONAL			
Número de personas que viven en la residencia:		Ingreso Anual Estimado en el Hogar :	
Sexo al Nacer □ Masculino □ Femenino Lengua principal: (lengua hablada en casa)	Su Estado en cuanto vivienda (elija uno) □ Es propietario o Alquila □ En albergue para indigentes □ Alojamiento de transición □ Alojamiento doble (en casa de un amigo o de un familiar □ En la calle □ Vivienda pública	Es usted: (marque todo lo que corresponda) □ Discapacitado □ Veterano □ Trabajador Agrícola y/o Emigrante □ Confinado en casa □ Un centro de salud basado en la escuela (SBHC) □ N/A	Estado civil (marque una opción) □ Soltero/a □ Casado/a □ Divorciado/a □ Separado/a □ Viudo/a □ Pareja
Situación Laboral (elija una) □ Empleado □ Desempleado □ Trabajo por cuenta propia □ Jubilado □ Estudiante □ Opta por no declarar	Origen Étnico (marque una opción) □ No hispano/no latino □ Hispano/latino □ Cubano □ Mexicano/Americano de origen mexicano □ Puertorriqueño □ Elija no revelar	Raza (marque todas las que son aplicables) □ Asiático □ Indio Asiático □ Chino □ Japonés □ Coreano □ Vietnamita □ Indio americano/nativo de Alaska □ Samoano □ Isleño del Pacífico □ Guameño/Chamorro □ Filipino □ Negro/Afroamericano □ Blanco □ Elige no revelar □ Otro _____	

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC
FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Información del Garante (persona responsable)					
□ Marque aquí si usted es el paciente	**Complete la siguiente información si el Garante es diferente del paciente**				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento		Relación con el Paciente
Dirección	Apt. #	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono

Información Sobre el Seguro				
Compañía de Seguros	Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento del Asegurado	Número de Seguro Social del Asegurado	Relación con el Paciente

Aviso de Prácticas de Confidencialidad

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA para New Horizon Family Health Services, Inc. y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el aviso.

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

Consentimiento para Tratamiento/ Autorización para Facturar

Por medio de la presente doy mi consentimiento para recibir el tratamiento necesario de New Horizon Family Health Services, Inc. (NHFHS) y autorizo a la organización a presentar reclamaciones a mi proveedor de seguros por los servicios prestados. Además autorizo a NHFHS a identificar y facturar cualquier cobertura de terceros aplicable en mi nombre. Entiendo y acepto la responsabilidad de todos los costos de atención no cubiertos por el seguro, de acuerdo con las tarifas y políticas establecidas por NHFHS. Además, autorizo específicamente a NHFHS a divulgar mi información médica con fines de tratamiento, derivación y pago.

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