

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Sección I. INFORMACIÓN DEL CLIENTE: (A ser completado por **TODOS los clientes**)

Por favor, complete claramente en **IMPRESA** la siguiente información para el cliente/paciente que tiene una cita hoy:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del 2do Nombre: _____

** Si usted tuvo una cita en nuestra clínica en los últimos 60 días y su información personal no cambió, marque aquí <input type="checkbox"/> y PROCEDA a la siguiente sección. De lo contrario, por favor complete la información que se le pide en este cuadro.	
Dirección: _____	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Veterano: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____	Hispano: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Idiomas que Habla: _____	Necesito Servicios de Traducción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Número de Teléfono: _____	Tipo: Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>

Sección II. INFORMACIÓN DE SEGURO (A ser completado solo por **NUEVOS CLIENTES CON SEGURO O CIENTES ACTUALES SI LA COBERTURA DE SU SEGURO HA CAMBIADO**)

Si tiene seguro, por favor complete la siguiente información para el cliente/paciente que tiene una cita hoy:

¿Cuál es su Seguro Principal? _____

¿Quién aparece como el Miembro/Asegurado en la Tarjeta de Seguro? _____

NÚMERO DE MIEMBRO: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

¿Cuál es su relación con el Miembro/Asegurado? _____

¿Trajo su Tarjeta de Seguro?

SÍ	NO
SÍ	NO

¿Tiene un Seguro Secundario o Adicional?

Si contestó SÍ, ¿Cuál es su Seguro Secundario o Adicional? _____

¿Quién aparece como el Miembro/Asegurado en la Tarjeta de Seguro? _____

NÚMERO DE MIEMBRO: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

¿Cuál es su relación con el Miembro/Asegurado? _____

¿Trajo su Tarjeta de Seguro?

SÍ	NO
----	----

Sección III. INFORMACIÓN DE FAMILIA E INGRESOS: (A ser completado por **TODOS LOS CLIENTES CON SEGURO cada 6 meses** - Incluya a todos los que vivan en su misma casa y estén relacionados).

Si es menor de 21 años, soltero(a) y vive con sus padres, complete la siguiente información para sus padres también:

NOMBRE DEL MIEMBRO DE FAMILIA, FECHA DE NACIMIENTO, Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL.	EMPLEADOR / FUENTE DE INGRESO (Incluya manutención de niños, desempleo, Compensación por Indemnización Laboral, etc.)	ESTIMACIÓN DE INGRESOS BRUTOS ANUALES
Tamaño de la Familia =	Total de Ingresos Brutos Anuales =	
TOTAL ANUAL de DEDUCCIONES: (Cuidado de niños, manutención de niños pagada, etc.)		

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE - RECONOCIMIENTOS, INICIALES Y FIRMAS:

- Entiendo que a partir del 1° de julio de 2013, seré responsable de pagar el total de cualquier copago, deducible y parte del costo (SOC) que mi seguro determine como mi responsabilidad, como también cualquier cuenta que mi seguro rehúse pagar.
- Entiendo que si no tengo seguro, pueden pedirme que haga una cita con un Consejero Financiero para ayudarme a encontrar maneras de cubrir el costo del cuidado de mi salud. Si rechazo esta opción o elijo no enviar el cobro a mi seguro, seré responsable por el total del costo de los servicios que reciba.
- Acepto notificar a este Centro de Cuidado de la Salud inmediatamente si pierdo mi cobertura de seguro y/o mi situación financiera cambia. Si eso sucediese, haré una cita con un Consejero Financiero para actualizar mis registros.

_____ FIRMA

_____ NOMBRE IMPRESO

_____ FECHA