

Información del paciente		
Nombre legal (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____
Nombre preferido/Apodo:		Número de Seguro Social: <i>(opcional)</i> ____ - ____ - ____
Sexo biológico: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Género actual:	Estado civil:
<b>Identidad de género</b> <input type="checkbox"/> Prefiero no indicarlo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> De mujer a hombre/Hombre transgénero <input type="checkbox"/> De hombre a mujer/Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Género no binario, no exclusivamente hombre ni mujer <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional		
<b>Orientación sexual</b> <input type="checkbox"/> Prefiero no indicarlo <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> No sé		
Dirección postal		Dirección física (si es diferente)
Ciudad, estado, código postal		Ciudad, estado, código postal
Teléfono fijo	Teléfono celular	Teléfono durante el día
Dirección de correo electrónico		
<p><b>Comunicaciones:</b> Crystal Run Healthcare (CRHC) utiliza diferentes métodos para comunicarles a los pacientes los recordatorios de las consultas, las cancelaciones o el cierre de las prácticas, los registros de los pacientes, así como la información general y los recursos educativos sobre la salud. Si marca "aceptar", acepta recibir comunicaciones por vía telefónica (incluidos los mensajes pregrabados de recordatorios de consultas y las llamadas automáticas), mensajes de texto o correos electrónicos en cualquiera de los números de teléfono/números de teléfono celular y direcciones de correo electrónico que nos haya indicado. Los mensajes de texto pueden contener información de salud personal. Los mensajes de texto no son un método seguro de comunicación y conllevan cierto riesgo de ser leídos por terceros. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos y la frecuencia de los mensajes varía.</p> <input type="checkbox"/> Aceptar <input type="checkbox"/> No aceptar (si elige No aceptar, solo recibirá los recordatorios de consultas en el teléfono fijo que figura más arriba)		
<b>Raza (Pregunta solicitada por el gobierno)</b> <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
<b>Idioma (pregunta solicitada por el gobierno)</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro, especifique:		
<b>Etnia (pregunta solicitada por el gobierno)</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<b>Religión (Opcional)</b>
<b>Médico de atención primaria</b> Nombre:  Dirección:  Teléfono:		<b>Empleador</b> Nombre:  Dirección:  Teléfono:

Seguro primario	Seguro secundario (si corresponde)
Nombre del pagador	Nombre del pagador
Número de póliza	Número de póliza
¿El titular de la póliza está retirado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El titular de la póliza está retirado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de retiro ____/____/____	Fecha de retiro ____/____/____
<b>¿El paciente es el titular de la póliza?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es No, complete los siguientes datos:</b>	<b>¿El paciente es el titular de la póliza?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es No, complete los siguientes datos:</b>
Nombre legal del titular de la póliza	Nombre legal del titular de la póliza
Fecha de nacimiento del titular de la póliza (mm/dd/aaaa): ____/____/____	Fecha de nacimiento del titular de la póliza (mm/dd/aaaa): ____/____/____
Dirección del titular de la póliza	Dirección del titular de la póliza
Relación del paciente con el titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	Relación del paciente con el titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro

Garante/Parte responsable (SOLO si el paciente es menor de 18 años o dependiente legal)			
Nombre legal (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social (opcional) ____-____-____	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaa) ____/____/____	Sexo biológico: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección postal	Ciudad, estado, código postal		
Teléfono fijo	Teléfono durante el día/laboral		
Nombre de soltera de la madre	Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		

### Reconocimiento/Autorización

- Por la presente reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Optum NJ NY.
- Por la presente reconozco que he recibido el Código de conducta del paciente y entiendo que puedo solicitar una copia.
- Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo la examinación y el tratamiento por parte de los médicos y el personal de CRHC.
- Doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta con otros proveedores médicos a los fines del tratamiento.
- Autorizo e instruyo a CRHC a compartir con las agencias gubernamentales, las compañías de seguros y demás partes que sean económicamente responsables de mi atención médica, cualquier información necesaria para procesar o justificar el pago de mis reclamaciones de seguro.
- Asigno o transfiero a Crystal Run Healthcare el pago de los beneficios a los que tengo derecho de las agencias gubernamentales, las compañías de seguros y demás partes que sean económicamente responsables de mi atención médica para cubrir los costos de la atención y el tratamiento que se me proporcionen a mí o que se les proporcionen a mis dependientes. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a mi nombre. También entiendo y acepto, que, independientemente de mi estado de seguro, soy responsable de los cargos que no están cubiertos por la póliza o el plan.
- Acepto que esta autorización sea válida hasta que se cancele por escrito o se reemplace por una con fecha posterior. Una fotocopia de esta asignación se debe considerar tan válida como el original.
- El nombre legal se define como el nombre completo que figura en una identificación emitida por el gobierno o como se acredita en este formulario de registro.
- He leído toda la información anterior y entiendo completamente los términos.
- Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Notificaré a CRHC sobre cualquier cambio en la información anterior.

Firma del paciente/tutor

Fecha