

Información del paciente		
Nombre completo (apellido, nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____
Nombre preferido/Apodo		SSN#: (opcional) _____ - _____ - _____
Sexo al nacer: M F (encierre en un círculo)	Sexo actual:	Estado civil:
Dirección postal		Dirección (si es diferente)
Ciudad, estado, código postal		Ciudad, estado, código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de día
Dirección de correo:		
<p><b>Comunicación:</b> Crystal Run Healthcare usa una amplia variedad de métodos para comunicar información a nuestros pacientes en relación con recordatorios de visitas, cancelaciones o cierres del consultorio, registro de pacientes y educación e información general de salud. Si selecciona Acepto, usted acepta recibir comunicaciones por teléfono (incluso mensajes de recordatorios de citas pregrabados), mensaje de texto o correo electrónico en cualquiera de los números de teléfono o celular, y direcciones de correo electrónico que haya proporcionado.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Acepto    <input type="checkbox"/> No acepto</p> <p style="text-align: center;">(Si selecciona N, solo recibirá recordatorios de citas al número telefónico fijo que se indica más arriba)</p>		
<p><b>Raza</b> (pregunta obligatoria del gobierno)</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte/Nativo de Alaska    <input type="checkbox"/> Asiático    <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano    <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico    <input type="checkbox"/> Otra raza    <input type="checkbox"/> Se niega a responder</p>		
<p><b>Idioma</b> (pregunta obligatoria del gobierno)    <input type="checkbox"/> Inglés    <input type="checkbox"/> Español    <input type="checkbox"/> Otro, especificar:</p>		
Religión		<p><b>Etnia</b> (pregunta obligatoria del gobierno)</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano    <input type="checkbox"/> No hispano    <input type="checkbox"/> Se niega a responder</p>
Médico de atención primaria (nombre, dirección y teléfono)		Empleador (nombre, dirección y teléfono)
Seguro principal		Seguro secundario (si corresponde)
Nombre del pagador		Nombre del pagador
Número de póliza		Número de la póliza
El titular de la póliza, ¿está jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		El titular de la póliza, ¿está jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de jubilación ____ / ____ / ____		Fecha de jubilación ____ / ____ / ____
El paciente, ¿es el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió <b>“No”</b> , complete la sección de abajo:		El paciente, ¿es el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió <b>“No”</b> , complete la sección de abajo:

Nombre del titular de la póliza	Nombre del titular de la póliza
Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza
Dirección del titular de la póliza	Dirección del titular de la póliza
Relación del paciente con el titular de la póliza <input type="checkbox"/> Usted 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"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro

<b>Garante/parte responsable (ÚNICAMENTE si el paciente es menor de 18 años o si es dependiente legal)</b>			
Nombre completo (apellido, nombre, segundo nombre)	SSN (Opcional) ____-____-____	Fecha de nacimiento __/__/____	Sexo al nacer: M F
Dirección postal	Ciudad, estado, código postal		
Teléfono de casa	Teléfono de día/del trabajo		
Nombre de soltera de la madre	Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		

### Aceptación/Autorización

- Por este medio, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de CRHC.
- Por este medio, reconozco que he recibido el Código de Conducta de CRHC y comprendo que puedo pedir una copia.
- Doy mi consentimiento para que los médicos y el personal de CRHC me hagan exámenes y me den tratamiento.
- Doy mi consentimiento para que mi información médica esté disponible para otros proveedores de atención médica para el tratamiento.
- Autorizo a CRHC a revelar la información necesaria para procesar o justificar el pago de mis reclamaciones de seguro a agencias gubernamentales, compañías de seguros y otras partes que sean económicamente responsables de mi atención médica, y le ordeno hacerlo.
- Por este medio, cedo o transfiero a Crystal Run Healthcare el pago de los beneficios que tenga derecho a recibir de las agencias gubernamentales, las compañías de seguros y otras partes que sean económicamente responsables de mi atención médica para cubrir el costo de la atención y del tratamiento que nos den a mí y a mis dependientes. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre, y comprendo y acepto que, sin importar el estado de mi seguro, soy el responsable en última instancia de los cargos no cubiertos por mi póliza o plan.
- Acepto que esta autorización será válida hasta que se cancele por escrito o se reemplace por otra con fecha posterior. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como la original.
- El nombre legal se define como el nombre completo de la identificación emitida por el gobierno o como lo indica este formulario de registro.
- He leído toda la información de arriba y comprendo por completo las condiciones incluidas.
- Certifico que esta información es verdadera y correcta hasta donde yo sé. Notificaré a CRHC sobre cualquier cambio en la información de arriba.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha