

Teche Action Board, Inc.

Perfil del Paciente

No. de Cuenta _____ No. de Historia Clínica _____ Ubicación _____ Fecha: _____

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor entregue su forma de identificación a la recepcionista para copiar)

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. Telefónico de Casa _____ No. Telefónico del Trabajo _____

No. Telefónico Celular _____ Correo electrónico: _____

No. NSS _____ Raza _____ ¿Es usted un veterano: Sí _____ No _____ Sexo al nacer _____

Sexual Orientation: Lesbian or Gay Straight Bisexual Something Else Don't Know Choose not to disclose

Current Gender Identity: Male Female Transgender Female-to-Male Transgender Male-to-Female Other Choose not to disclose

B. INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Por favor, indique el nombre de alguien a quien podamos contactar en caso de una emergencia (por favor indique a alguien que no viva en la casa con el paciente).

Nombre del Contacto: _____ Relación del Paciente: _____

Dirección: _____ No. Telefónico: _____

No. Telefónico Alternativo: _____

C. INFORMACIÓN DE INGRESOS

Nombre del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

No. Telefónico del Empleador: _____

Ingreso Bruto: _____ Que Frecuentemente: _____

Empleador del Cónyuge: _____ Dirección del Empleador: _____

Ingreso Bruto: _____ Que Frecuentemente: _____

OTRAS FUENTES DE INGRESOS

¿Recibe usted alguno de los siguientes:

SSI _____ Asistencia de Veteranos _____ AFDC(Welfare) _____ Manutención de Menores _____
Cantidad Cantidad Cantidad Que Frecuente

Social Security _____ Beneficios de Retiro _____ ¿Recibe Estampillas de Comida: Sí _____ No _____
Cantidad Cantidad

D. INFORMACIÓN DE SEGURO (Por favor entregue su tarjeta de Seguro a la recepcionista para copiar)

Nombre de Compañía de Seguro: _____ No de Póliza: _____

Nombre titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento del titular: _____ NSS del titular: _____

No. de Grupo: _____ Fecha de Vigencia de la Cobertura: _____

No de Medicare: _____ No. de Medicaid: _____

E. INFORMACIÓN DEL HOGAR (Por favor pida papel adicional si es necesario)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación del Paciente	Número de Seguro Social	Raza

F. CERTIFICACIÓN

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Si la información suministrada, está probada falsa, entiendo que Teche Action Board, Inc. me puede descalificar de todo descuento y me facturara por todos los servicios recibidos y cualquier servicio pagado por Teche Action Board, Inc. También certifico que informare a Teche Action Clinic de cualquier cambio en mis ingresos o en mi estado de Seguro.

Firma de Paciente o Tutor

Fecha

Firma del Entrevistador

Fecha

G. RECONOCIMIENTOS

Por favor Firme lo Siguiete con sus Iniciales:

Reconozco que he recibido una copia de los “derechos y responsabilidades del paciente” _____

Reconozco que he recibido el “folleto de información del paciente” _____

Reconozco que se me ha dado información sobre Testamentos en Vida y Directivas Anticipadas _____

H. Reconocimiento del Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo, _____, he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Teche Action Board, Inc.

Firma del Paciente, Padre o Tutor

Fecha: _____

I. Por favor, póngase en contacto conmigo de la siguiente manera (marque al menos uno):

____ No. Telefónico de Casa () _____

____ Deja Mensaje

____ Deja Mensaje con Número

____ No Deja Mensaje

____ No. Telefónico del Trabajo () _____

____ Deja Mensaje con Detalles

____ Deja Mensaje con Número

____ No Deja Mensaje

____ Comunicación Escrita

____ Escriba a mi Dirección de Casa

____ Escriba a mi Dirección del Trabajo

No. Telefónico Celular _____

Correo electrónico: _____

The Joint Commission

