foundcare
your community health center

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Información del Paciente	***Contacto de Emergencia***
Primer nombre:	Contacto de emergencia:
Segundo nombre:	Relación con el paciente:
Apellido:	Dirección:
Número de seguro social:	Ciudad, estado, código postal:
Fecha de nacimiento: mes día año	Número de teléfono fiable:
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja de hecho ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado	Segundo contacto de emergencia:
	Número de teléfono fiable:
Dirección de envio:	***Información del Padre / Tutor (si el paciente es menor de 18 años)***
Ciudad, estado, código postal:	Nombre del padre / tutor:
Teléfono de la casa:	Relación con el paciente:
Teléfono móvil:	Padre / Tutor Fecha de nacimiento:
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Transgénero: ☐ HaM ☐ MaH	Padres / Tutores de Seguro Social:
Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole ☐ Otro:	Dirección:
Raza: ☐ Asiatico ☐ Hawaiano Nativo ☐ de las islas del Pacífico ☐ Negro/Afroamericano ☐ Los indios americanos ☐ Blanco/Caucásico ☐ Más de una raza ☐ Otro	Ciudad, estado, código postal:
	Número de teléfono fiable:
	Asignación / Reconocimiento
Origen étnico: ☐ Hispanico/Latino ☐ No Hispanico/No Latino	Con mi firma, autorizo FoundCare Health Center a dar cualquier información necesaria para procesar cualquier reclamación de pago de seguro de salud. Pido que todo el dinero que me corresponde para beneficios médicos se asignará a FoundCare, Inc., y me doy cuenta de que soy responsable por cualquier y todas las diferencias. He recibido los documentos indicados a continuación y de acuerdo con sus respectivos términos y condiciones. Estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas en el momento del servicio o de acuerdo a un plan de pago acordado. Doy permiso para que los auditores de terceros para ver la información de salud protegida como parte de los procesos de evaluación. Toda la información en este formulario es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y si hay cambios en mis ingresos, estatus de seguro, u otra información, acepto informar a FoundCare Health Center.
*Correo Electronico:	
*Farmacia Preferida:	
¿Cómo se enteró de nosotros? □TV □ Internet □ periódico □ folleto □ amigos / familia □ otros:	
*Preferido Teléfono Farmacia:	
Marque todo lo que corresponda: ☐ Veterano ☐ Sin hogar/sin techo ☐ Migrante / trabajador agrícola de temporada	
Información del Seguro	
¿Quieres solicitar deslizamiento descuentos de cargos? ☐ Sí ☐ No	
El ingreso del hogar: $ ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual	
Número de personas en el hogar:	
¿Tiene seguro de salud? □ Sí □ No	

	Consentimiento informado:	☐
Asegurador:	*Aviso de Prácticas de Privacidad:*	☐
Fecha de vigencia:	*Derechos y Responsabilidades del Paciente*	☐
Fecha de nacimiento del asegurado:	*Variable de honorarios hoja escala:*	☐
Número de grupo:	***Firma***	
Número de identificación:	Firma del Paciente / Tutor:	
Relación del paciente con el asegurado:	Fecha:	
Seguros secundario:	Testigo:	