



Solamente para uso oficial

Ubicación:

De cuenta:

Fecha:

Forma de Registro

(Escriba por favor)

Información del paciente

Apellido del paciente	1er Nombre	2º Nombre	# Seguro social	Sexo M F	Edad	Fecha de nacimiento
-----------------------	------------	-----------	-----------------	-------------	------	---------------------

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado Separado	Tiene algún plan en caso de que no sea capaz de tomar sus propias decisiones medicas No No-resucitación Testamento Otorgado poder a otro Otro
--	--

Raza:
Caucáseo Africano-Americano Nativo de Alaska Hispano / Latino Indio Americano Asiático/ Islas del Pacifico Otro__

Dirección actual	Ciudad/ Estado/ Código Postal	Condado	# Teléfono de su Casa ()
Dirección para recibir Correspondencia	Ciudad/ Estado/ Código Postal	Condado	# Teléfono de su Trabajo ()
Esta usted trabajando? No Discapacitado Tiempo completo Medio tiempo Estudiante	Empleo / escuela del paciente	# Teléfono de su Celular ()	
Nombre Completo de la Madre o Esposa	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	# Teléfono de su Casa ()
Dirección	Ciudad/ Estado/ Código Postal	Empleada por	# Teléfono de su Celular ()
Nombre completo de el padre o esposo	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	# Teléfono de su Casa ()
Dirección	Ciudad/ Estado/ Código Postal	Empleado por	# Teléfono de su celular ()
Guardián Legal (si hay alguno)	Relación con el Paciente	# Teléfono su Casa ()	
Dirección	Ciudad/ Estado/ Código Postal	# Teléfono de su celular ()	

Información del Contacto de Emergencia

Al firmar lo siguiente, autorizo a Cherokee Health Systems a dar información concierne a mi, mi hijo menor de edad, o cargo legal como este indicado. Entiendo que puedo revocar este consentimiento para dar información confidencial en cualquier momento. A menos que revoque esta autorización, la autorización permanecerá efectiva por un (1) año.

Contacto de Emergencia Nombre/ Relación	Dirección	Ciudad/ Estado/ Código Postal	# Teléfono del Contacto ()
Información que se le Puede dar al Contacto de Emergencia Citas Financiera/ Facturas Recoger Medicamentos Información de Emergencia			
Firma X _____			
Contacto Nombre/ Relación	Dirección	Ciudad/ Estado/ Código Postal	# Teléfono del Contacto ()
Información que se le Puede dar al Contacto Citas Financiera/ Facturas Recoger Medicamentos			
Firma X _____			
Contacto Nombre/ Relación	Dirección	Ciudad/ Estado/ Código Postal	# Teléfono del Contacto ()
Información que se le Puede dar al Contacto Citas Financiera/ Facturas Recoger Medicamentos			
Firma X _____			
Autorizo a Cherokee Health Systems que deje mensajes en mi contestadora (as) de teléfono en mi numero de contacto.			
Firma X _____			

Información del seguro medico

(Entregue sus tarjetas de seguro medico a la recepcionista)

Persona Responsable del Pago	Dirección para recibir correspondencia	Ciudad/ Estado/ Código Postal		
Empleado por	Dirección de su Trabajo	Ciudad/ Estado/ Código Postal	Teléfono de su Trabajo ()	
Compañía Principal de Seguro Medico	Dirección Para Reclamos	Ciudad/ Estado/ Código Postal		
Teléfono ()	Miembro Desde:	# Grupo	# Identificación	A través de Quien Recibe el Seguro Medico Usted mismo Mama Papa Esposo(a) Otro
Compañía Secundaria de Seguro Medico	Dirección Para Reclamos	Ciudad/ Estado/ Código Postal		
Teléfono ()	Miembro Desde:	# Grupo	# Identificación	A través de Quien Recibe el Seguro Medico Usted mismo Mama Papa Esposo(a) Otro

Autorización Para el Seguro Medico

Hay honorarios para todos los servicios proveídos por Cherokee Health Systems(CHS), y se le pedirá al paciente que pague el día que sea atendido. Las pólizas de seguros médicos pueden cubrir una porción de los gastos médicos y nuestro personal ayudara al paciente a reclamar beneficios. A los pacientes se les pide que le comuniquen al personal de CHS los cambios financieros de su hogar o de la cobertura de su seguro medico. Por favor lea la *Autorización para cobros a la compañía de seguros/ Autorización para dar información* en la siguiente sección. Escriba el nombre de su compañía de seguros y firme.

Autorización Para Cobro de la Compañía de Seguros/ Autorización Para Dar Información

Al firmar lo siguiente, yo autorizo a Cherokee Health Systems a que me ayude a obtener mis beneficios de terceros, a hacer el reclamo de beneficios en mi nombre, a dar cualquier información necesaria de los servicios recibidos para el proceso de mis reclamo (s) A: *Nombrar la compañía de seguro medico, Organización de Salud Emocional/Mental, u otras terceras agencias de beneficios.*

Yo entiendo que dicha información puede incluir diagnósticos, fechas de servicio, tipo de tratamiento, resultados de evaluaciones /asesoramientos, notas de progreso, y otra información acerca de los servicios recibidos. Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que todos los reclamos sean procesados en mi nombre.
Yo autorizo y solicito el pago directo de los beneficios de mi seguro medico a Cherokee Health Systems. Esta autorización se aplicara y cubrirá todos los servicios médicos que yo recibí en esta clínica. Si se requiere, yo he recibido una copia de la escala de descuento.

Firma del paciente (o guardián legal, si hay alguno) _____ X _____ Fecha _____
 Testigo _____ Fecha _____

Declaración de Practica de Privacidad

Yo recibí la *Declaración de Practica de Privacidad* de Cherokee Health Systems

Firma X _____ Fecha _____

Para uso del personal de oficina solamente

Entregue la *Declaración de Practica de Privacidad* de Cherokee Health Systems _____

Firma del empleado _____ Fecha _____

Derechos del Paciente y Procedimientos para Quejas

Yo recibí los *Derechos del Paciente y Procedimientos para Quejas* de Cherokee Health Systems

Firma X _____ Fecha _____

Para uso del personal de oficina solamente

Entregue los *Derechos del Paciente y Procedimientos para Quejas* de Cherokee Health Systems _____

Firma X _____ Fecha _____

Examen físico para niños /Programas de Tennder Care

Si tengo menos de 21 años, he recibido información acerca del programa de Tennessee's EPSDT y el programa de exámenes físicos para niños de Cherokee Health Systems

Firma X _____ Fecha _____

Para uso del personal de oficina solamente

He dado información del programa de Tennessee's EPSDT y el programa de exámenes físicos para niños de Cherokee Health Systems a:

(Nombre del paciente) _____

Firma del empleado _____ Fecha _____

