



INFORMACION DEL CLIENTE

For Office Use Only

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL CLIENTE

Fecha de Nacimiento ___/___/___ (d/m/a) Edad ___ #SS _____

Nombre (Primero) _____ Segundo ___ Apellido _____

Dirección _____

Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____

Por favor, elija dos métodos que podemos usar para comunicar sobre resultados, visitas sucesivas, facturación, etc.

Celular _____ Texto? Sí No Casa _____ Texto? Sí No

Trabajo _____ Texto? Sí No Correo Electrónico _____ Sí No Correo - Sí No

Género Mujer Hombre Al nacer fue Usted un : Solo Gemelo Trillizo Otro

Raza Blanco Indio Americano Negro Nativo de Alaska Asiático Isleño del Pacifico Hawaiano Otro Raza Hispano No Hispano Desconocido

Lenguaje Inglés Español Otro _____ Inglés Limitado Sí No

Client # _____

Fee Category # _____

Has Ins. Medicaid No Ins.

Chart Ready Time: ___:___ ^{am}/_{pm}

Initials: _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN Madre Padre Otro _____

#SS _____

Nombre (Primero) _____ Segundo _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ (d/m/a)

SEGURO PRIMARIO Ninguno Relación del paciente al asegurado: Mismo Cónyuge Hijo/a

Compañía de Seguro : _____ Nombre del asegurado principal: _____

Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ Número de Teléfono del asegurado: _____

ID#: _____ Grupo #: _____

Dirección del asegurado si es diferente al cliente: _____

INFORMACION DE MEDICAID

Nombre (como aparece en su carta): _____ Medicaid # _____

PARA TODOS LOS CLIENTES DE SALUD REPRODUCTIVA

Antes de que nuestro personal puede compartir cualquier información con los clientes, les van a preguntar por su contraseña y el apellido de soltera de su madre.

Apellido de soltera de su madre: _____ Contraseña: _____

Voltar la pagina y completar el otro lado

Para todos los clientes de Inmunización, por favor, lea lo siguiente y ponga sus iniciales si se aplica

_____ Yo reconozco que recibí una copia, o me explicaron el Aviso de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud del Distrito Central.

_____ Yo reconozco que recibí, y he leído, y entendido la Póliza Financiera y Nombramiento.

_____ Necesito asistencia financiera. Numero de personas en mi casa _____ Mi Ingreso Mensual _____

*****Ingreso bruto mensual (No lo deje en blanco, no le ponga 0)*****

_____ Yo entiendo que puedo negar las vacunas para mi hijo/a por religión u otros motivos.

_____ Participación o negamiento del registro de vacunas (Iris) es voluntario. Hable al Programa de vacunas de Idaho al 208.334.5931 para optar fuera. Si usted no opta fuera del programa de Iris los archivos de vacunas seran archivados.

Firma de la persona recibiendo las vacunas o la persona autorizada para hacer esta solicitud:

Firma del cliente

_____/_____/_____
Fecha día mes año

Para todos los clientes de Salud Reproductiva, por favor, lea lo siguiente y ponga sus iniciales si se aplica

_____ He leído y entiendo el **Aviso de Prácticas** de Privacidad del Departamento de Salud del Distrito Central

_____ He leído, entiendo y acepto los términos incluidos en la póliza financiera de CDHD. Asimismo, reconozco y acepto que CDHD no participa actualmente en Medicare, PPO, HMO, o planes de proveedor participante. Entiendo que al optar por no revelar mi estado financiero o usar mi cobertura de seguro de salud, yo seré responsable de todos los honorarios al momento del servicio. Yo reconozco que es mi responsabilidad de saber qué servicios médicos están cubiertos por mi plan de seguro.

_____ He leído, y entiendo totalmente, y estoy de acuerdo con los términos incluidos en el **Consentimiento para Servicios y Autorización para Divulgar Información Médica por Teléfono**.

_____ Entiendo y reconozco que podría incurrir cargos de laboratorio si no cumplo con los criterios de prueba, y el pago se esperará al momento del servicio para las pruebas de laboratorio.

Firma del cliente

_____/_____/_____
Fecha día mes año