



**HOT SPRINGS  
HEALTH PROGRAM**  
Centro médico Hot Springs  
Centro médico Laurel  
Centro médico Mashburn  
Centro médico Mars Hill

**REGISTRO DE PACIENTES**

Office Use Only	
FD-Info Updated _____	(initials)
FD-Form Scanned/Attached _____	(initials)
Date patient contacted: _____	
Date patient contacted: _____	
Date Inc Lvl entered in PP: _____	

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Primer Inicial del segundo nombre Apellido

**# de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Sexo (M/F):** \_\_\_\_ **Estado civil (S/C/D/V):** \_\_\_\_\_ **Veterano:** \_\_ Sí \_\_ No

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de trabajo:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Idioma preferido:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Para pacientes menores de 18 años:** Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tutor legal (si corresponde):** \_\_\_\_\_ **Persona responsable del pago:** \_\_\_\_\_

**Método preferido de contacto:**  Correo  Teléfono  Portal

**Persona que contactar en caso de emergencia:** Nombre \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_ **# de la casa:** \_\_\_\_\_ **# de celular:** \_\_\_\_\_ **# de trabajo:** \_\_\_\_\_

**Información del seguro médico primario**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ **ID:** \_\_\_\_\_ **Grupo:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Postal:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza: \_\_\_\_\_ **Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_

\*Tricare – #SS del patrocinador: \_\_\_\_\_

**Información del seguro médico secundario**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ **ID:** \_\_\_\_\_ **Grupo:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Postal:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza: \_\_\_\_\_ **Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_

\*Tricare – #SS del patrocinador: \_\_\_\_\_

**Información del seguro médico terciario**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ **ID:** \_\_\_\_\_ **Grupo:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Postal:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza: \_\_\_\_\_ **Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_

\*Tricare – #SS del patrocinador: \_\_\_\_\_

**La siguiente información es solicitada por el gobierno federal** con el fin de monitorear el cumplimiento de las leyes federales que prohíben la discriminación contra los pacientes que solicitan atención de organizaciones que reciben fondos del USDA. No está obligado a proporcionar esta información, pero se le anima a hacerlo. Esta información no se utilizará para discriminar en su contra de ninguna manera. Sin embargo, si usted opta por no proporcionarla, se nos requiere anotar la raza/origen nacional del paciente sobre la base de la observación visual o del apellido.

No deseo suministrar esta información.

ORIGEN ÉTNICO:  No hispano o Latino  Hispano o Latino

RAZA:  Indio americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo hawaiano/ otras islas del Pacífico  Blanco

Datos utilizados por HSHP (similar a un centro de salud calificado federalmente) en la determinación de la calificación potencial para la tarifa de descuentos y otros programas de asistencia, así como para realizar informes. *Si no se completa, no será elegible para un posible descuento.* Alguien discutirá con usted sobre su posible calificación hoy o le contactará dentro de una (1) semana.

No deseo suministrar esta información.

Medicaid es mi seguro médico principal.

Número de personas en el hogar (encierre uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro: \_\_\_\_\_

Rango de ingresos del hogar (encierre uno): < \$12,880 \$12,880-17,130 \$17,131-25,760 \$25,761-34,840 \$34,841-43,920 \$43,921-53,000  
 \$53,001-62,080 \$62,081-71,160 \$71,161-80,240 \$80,241-89,320 \$89,321+