



**HOT SPRINGS  
HEALTH PROGRAM**  
Hot Springs Medical Center  
Laurel Medical Center  
Mashburn Medical Center  
Mars Hill Medical Center

**REGISTRO DEL PACIENTE**

Office Use Only	
FD—Info Updated _____	(initials)
FD—Form Scanned/Attached _____	(initials)

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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

N.º de seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo (M/F): \_\_\_\_\_ Estado civil (S/C/D/V): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

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

Tutor legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Persona responsable del pago: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Medio de contacto de preferencia:  Correo postal  Teléfono  Portal web

Contacto en caso de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Tel. móvil: \_\_\_\_\_ Tel. laboral: \_\_\_\_\_

**Información del seguro principal**

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

Relación con el titular: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

\* TriCare, SSN del patrocinador: \_\_\_\_\_

**Información del seguro secundario**

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

Relación con el titular: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

\* TriCare, SSN del patrocinador: \_\_\_\_\_

**¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos?** (esto incluye: Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Infantería de Marina, Armada, Guardia Nacional o Reservas o el Servicio de Salud Pública de EE. UU. (PHS, en inglés) y la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA, en inglés):

Sí  No

**El gobierno federal solicita la siguiente información** para supervisar el cumplimiento de las leyes federales que prohíben la discriminación de los pacientes que buscan atención en las organizaciones que reciben financiamiento del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés). Usted no está obligado a proporcionar esta información, pero se recomienda que lo haga. Esta información no se utilizará para discriminarlo de ninguna manera. Sin embargo, si decide no proporcionarla, estamos obligados a registrar el origen racial/nacional del paciente individual sobre la base de la observación visual o el apellido.

No deseo proporcionar esta información.

ORIGEN ÉTNICO:  Ni hispano ni latino  Hispano o latino

RAZA:  Indígena de Estados Unidos o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico  
 Blanco

**La Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos (HRSA, en inglés) solicita la siguiente información** para promover resultados adecuados a nivel cultural y para reducir las desigualdades en materia de salud. Esta información no se utilizará para discriminarlo de ninguna manera.

No deseo proporcionar esta información.

ORIENTACIÓN SEXUAL:  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Otra

IDENTIDAD DE GÉNERO:  Masculino/hombre  Femenino/mujer  Masculino/hombre transgénero (femenino a masculino)  
 Femenino/mujer transgénero (masculino a femenino)  Otro

En los últimos 24 meses, ¿usted o sus padres (si el paciente es menor de edad) han trabajado en la AGRICULTURA, ya sea en una granja o en una industria de base agrícola?  Sí  No

Si la respuesta es sí, marque la opción que corresponda:  Empleo anual (residencia permanente en un área)  Migrante  Por temporada  Otro

Tipo de VIVIENDA del paciente o del padre/tutor del paciente si es menor de edad:

Alquila o es dueño  Vivienda pública  
 Refugio para personas sin vivienda  De transición (vive de lugar en lugar)  Conjunta (vive con otra persona o familia)  Calle  
 Vivienda de apoyo permanente  Otro

**Información utilizada por el Hot Springs Health Program (HSHP, en inglés)** (un centro de salud similar con calificación federal) **para determinar si puede calificar para un Sliding Fee Discount (Programa de Escala Progresiva de Descuentos) y otros programas de asistencia, así como la presentación de informes.** Si no se completa, usted no será elegible para un posible descuento. Una persona hablará con usted sobre su posible calificación hoy mismo o se pondrá en contacto con usted en el plazo de dos (2) semanas.

No deseo proporcionar esta información.

Cantidad de personas que viven en la casa (marque con un círculo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro: \_\_\_\_\_

Rango de ingresos de la vivienda (marque con un círculo):

<= \$15,060	\$15,061-20,440	\$20,441-25,820	\$25,821-31,200
\$31,201-36,580	\$36,581-41,960	\$41,961-47,340	\$47,341-52,720
\$52,721-55,807	\$55,808-62,962	\$62,963-70,118	
\$70,119-79,058	\$79,059-88,042	\$88,043-94,680	\$94,681-105,440
			\$105,441+