



**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: _____

Información del paciente solo en este recuadro

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 del padre/la madre/el tutor 1: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Dirección postal del padre/la madre/el tutor 1: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Dirección de correo electrónico del padre/la madre/el tutor 1: _____

Teléfono móvil del padre/la madre/el tutor 1: _____

Nombre del padre/la madre/el tutor 2: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Dirección postal del padre/la madre/el tutor 2: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Dirección de correo electrónico del padre/la madre/el tutor 2: _____

Teléfono móvil del padre/la madre/el tutor 2: _____

Persona responsable del pago: _____ **Fecha de nacimiento de la persona responsable del pago:** _____

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: _____

Continúa al reverso

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

En los últimos 24 meses, ¿usted o sus padres y madres (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/la madre/el 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 familiares (**marque con un círculo**):

<= \$15,960	\$15,961-21,640	\$21,641-27,320	\$27,321-33,000			
\$33,001-38,680	\$38,681-44,360	\$44,361-50,040	\$50,041-55,720	\$55,721-58,999	\$59,000-66,553	\$66,554-74,108
\$74,109-83,567	\$83,568-93,052	\$93,053-100,080	\$100,081-111,440	\$111,441+		