



Salina Family Healthcare Center
A Federally Qualified Community Health Center

651 E. Prescott, Salina, KS 67401
 Medical Center ~ (785) 825-7251
 Dental Center ~ (785) 826-9017

Chart Number: _____

Información del Paciente

La información siguiente nos ayuda a tomar mejor cuidado de usted. Toda la información obtenida se maneja de una manera privada y confidencial. Cualquier espacio en blanco será considerado “declinar para comentar”.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Seguro Social: _____

Teléfono del hogar: _____ Numero celular: _____ Numero de teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Método preferido de contacto por: teléfono correo electrónico Carta Texto

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relacionado como: _____ Numero de teléfono: _____

Por favor circule una mejor opción por categoría abajo para todo que corresponda al paciente nombrado arriba:

<i>Raza</i>	<i>Pertenencia étnica</i>	<i>Lenguaje preferido</i>
Blanco	Hispano/Latino	Ingles
Negro / Africano	No Hispano/Latino	Español
Asiático		Vietnamita
Hawaiian Nativo	<i>Veterano</i>	Lenguaje por señas
Indio Americano/Alaskan Nativo	Veterano	Otro (especifique por favor)
Otro Isleño Pacífico	No un veterano	_____

Género

Masculino
 Fémينا

¿Ha estado sin hogar en cualquier momento en este año civil? SI NO

¿Es usted un agricultor estacional o migratorio? SI NO

See Reverse Side

Ingresos y cuantas personas en el hogar (Bajo el número de personas en su hogar, circule el rango de ingresos que le pretende a usted):

<u>1 Persona</u>	<u>2 Personas</u>	<u>3 Personas</u>	<u>4 Personas</u>
\$0-\$10,890.00	\$0-\$14,710.00	\$0-\$18,530.00	\$0-\$22,350.00
\$10,891.00-\$16,335.00	\$14,711.00-\$22,065.00	\$18,531.00-\$27,795.00	\$22,351.00-\$33,525.00
\$16,336.00-\$21,780.00	\$22,066.00-\$29,420.00	\$27,796.00-\$37,060.00	\$33,526.00-\$44,700.00
Más de \$21,780.00	Más de \$29,420.00	Más de \$37,060.00	Más de \$44,700.00
<u>5 Personas</u>	<u>6 Personas</u>	<u>7 Personas</u>	<u>8 Personas o Más</u>
\$0-\$26,170.00	\$0-\$29,990.00	\$0-\$33,810.00	\$0-\$37,630.00
\$26,171.00-\$39,255.00	\$29,991.00-\$44,985.00	\$33,811.00-\$50,715.00	\$37,631.00-\$56,445.00
\$39,256.00-\$52,340.00	\$44,986.00-\$59,980.00	\$50,716.00-\$67,620.00	\$56,446.00-\$75,260.00
Más de \$52,340.00	Más de \$59,980.00	Más de \$67,620.00	Más de \$75,260.00

Permiso para revelar información de la salud: (Aliste los nombres de familia y/o de amigos que podemos revelar información sobre su salud a.)

Este consentimiento esta en efecto hasta que una nueva lista se proporcione o hasta revocado, por escrito.

Ninguno

1) _____

2) _____

3) _____

Asignación de Beneficios y Autorización Para Revelar Información Médica

Solicito que el pago de beneficios autorizado del Seguro de Medicare, Medicaid, y/o de cualquier otro portador de seguro medico aplicable, se hagan a mí, o en mi favor, a Salina Family Healthcare, por cualquier servicio proporcionado a mí y/o miembro dependiente de mi familia por mi proveedor medico. Autorizo cualquier quien tenga información medical/dental sobre mí y/o miembro de familia de ser revelada a la División de los Servicios de la Familia, los centros de Seguro Medicare, Medicaid (CMS), del seguro(s) aplicable, y/o de los agentes de estas compañías, y/o de la persona (s) alistada responsable, cualquier información necesitada para determinar estos beneficios o los benéficos para otros servicios relacionados.

- Por mi firma abajo, acuerdo con las Pólizas de la Cuenta Financiera dispuestas por Salina Family Healthcare Center. Una descripción detallada de la póliza de la cuenta financiera está disponible para todos los pacientes, por requisito.
- También he revelado toda la cobertura de seguro medico en efecto cuando los servicios fueron proporcionados. Entiendo que la falta de informarle a Salina Family HealthCare Center cualquier cobertura de seguro medico del tercer partido será considerada fraude y entiendo que la clínica procesará al grado más completo de la ley.

Firma del paciente/ Guardián legal: _____

Fecha de hoy: _____

For Internal Use Only:

_____ Front Desk
_____ Practice Partner Scanned
_____ Dentrix Scanned