



Bear Lake Community Health Centers

Le Da La Bienvenida

Gracias por escoger nuestro centro de salud. Nosotros nos esforzaremos para ofrecerle el mejor cuidado posible. Para ayudarnos a satisfacer sus necesidades médicas, por favor llene este formulario completamente. Si tiene algunas preguntas, por favor pídenos por asistencia. ¡Siempre estamos dispuestos a ayudar!

Información del Paciente

Nombre de Paciente: Apellido _____ Primer _____ Segundo _____ Sexo: **Hombre / Mujer**
Estado Civil _____ Edad _____ Raza _____ Idioma _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Dirección de Correo: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección: Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de Casa (____) _____ Teléfono Celular (____) _____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Nombre de Empleador _____ Teléfono de Trabajo (____) _____
Apellido de Cónyuge _____ Primer Nombre _____
Proveedor de Atención Primaria _____ Como averiguó de nosotros? _____

Información de la Persona Responsable

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Relación a Paciente _____ Dirección del Correo Electrónico _____
Dirección de Correo: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección: Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de Casa (____) _____ Teléfono Celular (____) _____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ Nombre de Empleador _____ Teléfono de Trabajo (____) _____

Información de Contacto de Emergencia

Por favor indique el nombre y la dirección del familiar más cercano **que no vive con usted:**
Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____
Dirección Completa: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Requisitos Federales Para Informar Propósito (Opcional): Tamaño del Hogar: _____

Estado de Ingresos Anuales: _____ \$0-19,000 _____ 19,001-25,000 _____ 25,001-29,000
_____ 29,001-35,000 _____ 35,001-40,000 _____ 40,001-60,000 _____ 60,001-above

Yo me comprometo de pagar en total al tiempo de tratamiento. Sin embargo, si hay un balance pendiente después de 30 días, yo pagaré interés a la tasa anual de 18% (1.5 por mes) empezando del día en que los cobros fueron hechos. Yo entiendo que una cuenta no pagada sería entregado a una agencia de colecciones. Si mi cuenta esta asignada a una agencia de colecciones, yo me comprometo de pagar todas las cuotas de los abogados, costos del corte, y una cuota la agencia de colecciones hasta 40%, que será agregada al balance pendiente de mi cuenta con o sin mi consentimiento.

Doy mi consentimiento para autorizar Bear Lake Community Health Centers a proveerme y mis dependientes con la atención médica necesaria. Esta atención médica puede incluir exámenes de radiología, pruebas del laboratorio, y otros procedimientos diagnósticos que puedan ser requeridos. Yo doy mi consentimiento y autorizo Bear Lake Community Health Centers a proveer mi información médica a cualquier tercera persona quien puede ser responsable por el pago en total o una parte de cualquier costo que ocurrió en esta oficina. Yo autorizo mi compañía de seguridad, o cualquier tercera persona responsable de pagar los beneficios directamente a Bear Lake Community Health Centers.

Yo entiendo que estoy responsable financieramente por el pago de los costos médicos en mi nombre a Bear Lake Community Health Centers, aun que tenga cobertura de la seguridad. Yo entiendo que pueden existir procedimientos que no están cubiertos por mi seguridad (por ejemplo: Medicare, Medicaid, o cualquier seguridad comercial con quien BLCHC tiene un contrato), en lo cual que yo estaré responsable financieramente. Esto puede incluir médica, dental, o costo de la salud mental. Todos los co-pays y/o porcentajes que mi seguridad me requiere a pagar tienen que ser apagadas al momento de los servicios. Si no hay una aseguradora, la póliza de Bear Lake Community Health Centers pagarán todos los costos al tiempo del servicio a menos que han hecho un acuerdo previo.

Entiendo que estoy responsable de cancelar mis citas 24 horas antes del tiempo de la cita. Entiendo que si una noticia de 24 horas no está recibida a la clínica, yo puedo recibir un cobro de \$35.00 por la cita perdida. También entiendo que si estoy más de 15 minutos tarde por una cita, puede ser considerado como un "no show" y puedo ser cobrado \$35.00 y puede ser necesario para hacer una otra cita.

Firma _____ Fecha _____
Imprima su Nombre _____ Relación a Paciente _____

Tiene seguridad?() Sí () No (Si sí, por favor consulte a la página 2)



Bear Lake Community Health Centers

Le Da La Bienvenida

Gracias por escoger nuestro centro de salud. Nosotros nos esforzaremos para ofrecerle con el mejor cuidado posible. Para ayudarnos a satisfacer sus necesidades médicas, por favor llene esta forma completamente. Si tiene algunas preguntas, por favor pídenos por asistencia. ¡Siempre estamos dispuestos a ayudar!

Page 2

Nombre de Paciente: Apellido _____ Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____

Información de la Seguridad

Seguranza Primaria Medico/Dental

Nombre de Asegurado/a _____

Relación a Paciente _____

Fecha de Nacimiento de Asegurado/a ___/___/___

de Seguro Social _____ - _____ - _____

Dirección de Asegurado/a _____

de ID _____

del Grupo _____

Nombre de la Seguridad _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Seguranza Secundaria Medico/Dental

Nombre de Asegurado/a _____

Relación a Paciente _____

Fecha de Nacimiento de Asegurado/a ___/___/___

de Seguro Social _____ - _____ - _____

Dirección de Asegurado/a _____

de ID _____

del Grupo _____

Nombre de la Seguridad _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Registro del paciente para avisos electrónicos

Llene esta sección para dar permiso a Bear Lake Community Health Centers para comunicarnos con usted acerca de avisos especiales médicos o de la farmacia, actualizaciones, noticias, etc.

Teléfono (_____) _____ - _____ email _____

Firma _____

*Nota: Los pacientes registrados recibirán mensajes selectos por medio de mensaje de texto y por otros medios que usted ha elegido. Por todos mensajes de texto, enviados y recibidos, se aplican las tarifas normales. Información de contacto se usará para Bear Lake Community Health Centers.

Office Use Only:

Notification: Yes No Refused
Already Has? Yes No
Account # _____ Initials _____