

Nevada Health Centers, Inc.
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE
(Toda la información es estrictamente confidencial)

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:			Sexo legal: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Dirección:				Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Condado:		País:	
Teléfono de casa:		Teléfono de trabajo:		Celular:	
Correo electrónico:					

DATOS DEMOGRÁFICOS

Estado civil: Casado Pareja doméstica Pareja Divorciado Legalmente separado
 Solo Viudo Otro

Grupo étnico: Origen Hispano, latino o español No hispano ni latino Origen múltiple hispano, latino o español
 Mexicano/mexicoamericano o chicano/a Cubano Puertorriqueño Se negó a responder

¿A qué grupo de estos pertenece? Blanco Negro/afroamericano Indio americano Nativo de Alaska
 Nativo de Hawái Samoano Filipino Guameño o chamorro Nativo de otra isla del Pacífico Chino
 Japonés Vietnamita Coreano Indio asiático Otros asiáticos Se negó a responder

Estado de persona sin hogar: Tiene hogar En riesgo de quedarse sin hogar Niño en riesgo de quedarse sin hogar
 Actualmente tiene hogar, desde los últimos 12 meses Refugio desconocido para personas sin hogar
 Vive en un refugio Vive con otras personas Vivienda de apoyo permanente Hotel con habitación individual
 Calle, campamento, puente Vivienda de transición Veterano en riesgo de quedarse sin hogar
 No se conoce/no se respondió

Estado de trabajador migrante (agrícola): ¿Es un trabajador agrícola? Sí No

Si la respuesta es sí, marque la casilla correspondiente:

Trabajador migrante (se desplaza a otros lugares) Trabajador temporal (permanece en un lugar)

Contactos de emergencia

Nombre:	Relación:	Teléfono principal:
Nombre:	Relación:	Teléfono principal:
Nombre:	Relación:	Teléfono principal:

¿Tiene empleo actualmente? Sí No

¿Es actualmente un empleado de NVHC? Sí No

Necesita intérprete: Sí No

Idioma preferido:

Estado de veterano: ¿Es usted veterano? Sí No

Si la respuesta es sí, marque la casilla correspondiente:

Servicio activo Servicio inactivo Sin previa experiencia Reservista Sin cobrar



Nevada Health Centers, Inc.
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE
(Toda la información es estrictamente confidencial)

Parte responsable				
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento:		Sexo legal: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Dirección:			Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Condado:	País:	
Teléfono de casa:		Teléfono de trabajo:	Celular:	
Correo electrónico:				
Número de miembros en el grupo familiar:				

Ingresos anuales: (Necesitamos esta información para fines de estadísticas).

\$24,000 o menos
 \$25,000 a \$49,999
 \$50,000 a \$74,999
 \$75,000 a \$99,999
 \$100,000 o más
 Se negó a responder (iniciales _____)

Información del seguro			
Seguro principal:	Identificación del miembro:	Número de grupo:	Dirección de reclamo:
Nombre de suscriptor:	Fecha de nacimiento:	Empleador:	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro
Seguro segundo:	Identificación del miembro:	Número de grupo:	Dirección de reclamo:
Nombre de suscriptor:	Fecha de nacimiento:	Empleador:	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro

Por este medio doy voluntariamente mi consentimiento para la atención médica como paciente ambulatorio en Nevada Health Centers, Inc., incluyendo los procedimientos habituales y de diagnóstico y operaciones menores. Además, doy mi consentimiento para que el personal médico y sus asistentes, incluyendo a los asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada, me hagan exámenes y procedimientos. Entiendo que los asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada no son médicos autorizados y pueden ayudar a prestar atención médica solo bajo la supervisión y dirección de un médico autorizado. Estoy de acuerdo con el envío de expedientes médicos e información, incluyendo los relacionados con tratamientos médicos, procedimientos quirúrgicos, pruebas de laboratorio, servicios psicológicos y consultas, a cualquier persona o entidad responsable de pagar a NVHC.

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal

Fecha

Autorizo a mi compañía de seguros para que pague directamente a Nevada Health Centers, Inc. los beneficios que se me deban por los servicios prestados por Nevada Health Centers, Inc.

Sé que a pesar de que Nevada Health Centers, Inc. puede estar facturando en mi nombre a mi compañía de seguros, finalmente soy responsable del saldo de mi cuenta.

Pacientes de Medicare: Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. acepta la asignación de Medicare; sin embargo, soy responsable de un copago del 20 % al momento del servicio. Nevada Health Centers, Inc. facturará a mi seguro suplementario, siempre que yo dé toda la información necesaria para que lo hagan. Entiendo que Medicare solo paga los servicios que considera médicamente necesarios y que, si surge el caso de que yo pida servicios que Medicare no pagará, yo seré responsable del pago completo.

Beneficiarios de Medicaid: Los estatutos federales y estatales requieren la utilización de todas las fuentes antes de facturar los servicios médicos a Medicaid. Otras fuentes incluyen la cobertura de seguro médico y de accidentes privado o del empleador. Certifico bajo pena de fraude que no tengo seguro médico y de accidentes privado ni del empleador como pagador primario, ni para mis dependientes ni para mí. Entiendo que Medicaid solo paga los servicios destinados a tratar una condición médica o enfermedad.

Pacientes con seguro privado: Entiendo que soy responsable de saber cuáles beneficios cubre mi póliza de seguro. Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. verificará los beneficios, pero no garantiza que ningún servicio sea un beneficio cubierto. Entiendo que si mi seguro no cubre algún servicio recibido, seré responsable del pago. Entiendo que debo pagar el copago en el momento en que reciba el servicio.

Pacientes de pago propio: Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. tiene la política de cobrar el pago de los servicios en el momento en que se reciba el servicio.

Agencia de cobranzas de terceros: Si no ha respondido a nuestros intentos por cobrar los saldos pendientes, podemos optar por enviar su cuenta a una agencia de cobranzas.

Firma del paciente/padre/madre (si el paciente es menor de edad)

Fecha

Firma del testigo

Fecha