

CrescentCare
FORMULARIO DE REGISTRO

(En letra de imprenta)

Fecha de hoy:		Ubicación: <i>(Uso de la oficina)</i> <input type="checkbox"/> CCEF <input type="checkbox"/> CCHWC <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> HOUMA <input type="checkbox"/> Otro: _____	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre preferido:		Pronombres:	
Apellido	Nombre:	Inicial del segundo nombre	
Sexo legal: <i>(Marque una opción)</i> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Si bien CrescentCare reconoce una diversidad de identidades de género, lamentablemente muchas compañías aseguradoras y entidades legales no lo hacen. Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que indicó en su seguro deben usarse en los documentos relacionados con el seguro, la facturación y la correspondencia ocasional. Si su nombre y pronombres preferidos son diferentes de estos, infórmenoslo.			
Dirección de correo postal/facturación, que incluye ciudad, estado, código postal		Dirección física, que incluye ciudad, estado, código postal (si es diferente de la dirección de correo/facturación)	
N.º de teléfono particular: ()	N.º de teléfono celular: ()	Preferencia de recordatorio de citas: <input type="checkbox"/> Llamar <input type="checkbox"/> Enviar mensaje de texto <input type="checkbox"/> No contactar	
Dirección de correo electrónico:			
Fecha de nacimiento: / /	N.º del seguro social:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Raza: Marque todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra: _____		Origen étnico: <input type="checkbox"/> No, ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Sí, hispano/latino	
Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> Estable/permanente <input type="checkbox"/> En transición <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Comparte la vivienda <input type="checkbox"/> En la calle			
¿Qué describe <i>mejor</i> su situación de empleo? <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico/cuidador <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado		¿Es estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial	
Si tiene un proveedor de atención primaria externo, enumérelolo aquí:			

Fecha de hoy:		Fecha de nacimiento:		Nombre del paciente:	
Identidad de género actual: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Genero variante, no binario, ni exclusivamente masculino ni femenino		Pronombres de género preferidos: <input type="checkbox"/> Él/de él <input type="checkbox"/> Ella/de ella <input type="checkbox"/> Ellos/de ellos		Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
				¿Se identifica como transgénero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				Considera que usted es: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgarlo	
Condición de veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano		Condición agrícola/migrante: <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Temporario		¿Necesita un traductor? <input type="checkbox"/> Yes/Sí/Oui/Vâng <input type="checkbox"/> No	
¿En qué idioma le resulta más cómodo hablar? <input type="checkbox"/> English/inglés <input type="checkbox"/> Spanish/español <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿En qué idioma le resulta más cómodo leer? <input type="checkbox"/> English/inglés <input type="checkbox"/> Spanish/español <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿En qué idioma le resulta más cómodo escribir? <input type="checkbox"/> English/inglés <input type="checkbox"/> Spanish/español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Máximo nivel de estudio alcanzado: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Cierta nivel universitario o de escuela técnica <input type="checkbox"/> Algún estudio de posgrado <input type="checkbox"/> Cierta nivel del secundario <input type="checkbox"/> Diploma de carrera corta <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Diploma del secundario o de Educación General (GED, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Doctorado					
¿Cómo asiste <i>habitualmente</i> a las citas médicas? <input type="checkbox"/> Conduzco por mi cuenta <input type="checkbox"/> Tomo el autobús/tranvía <input type="checkbox"/> En bicicleta <input type="checkbox"/> Transporte de Medicaid <input type="checkbox"/> Comparto el viaje con familiares/amigos <input type="checkbox"/> A pie <input type="checkbox"/> Taxi o aplicación de transporte compartido					
INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS					
Nombre		Apellido		Relación con el paciente:	
Teléfono n.º 1			Teléfono n.º 2		
¿Con cuántos miembros de la familia, incluido usted, vive actualmente?		Ingreso del grupo familiar:		Farmacia preferida (Nombre y dirección)	
La información anterior es verdadera, según mi conocimiento.					
<i>Nombre del paciente/tutor (En letra de imprenta):</i>					
<i>Paciente/tutor (Firma):</i>				<i>Fecha:</i>	
<i>Relación con el paciente:</i>					

CRESCENTCARE

Información del seguro del paciente

(Escriba en letra de imprenta en los campos a continuación y entregue su tarjeta del seguro al recepcionista)			
Fecha de hoy:	Ubicación: <i>(Uso de la oficina)</i> <input type="checkbox"/> CCSC <input type="checkbox"/> CCHWC <input type="checkbox"/> OFCSC/FACES <input type="checkbox"/> CAN <input type="checkbox"/> MOVEMENT <input type="checkbox"/> HOUMA <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Apellido del paciente	Nombre del paciente		
Aseguradora principal:	Identificación de miembro/asegurado:	Número del grupo:	
Aseguradora secundaria:	Identificación de miembro/asegurado:	Número del grupo:	
Apellido del asegurado/garante:	Nombre del asegurado/garante:	Inicial del segundo nombre:	Copago: \$
Relación del paciente con el asegurado:	Número de seguro social del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		/ /	
Dirección del asegurado:	Dirección postal del asegurado (si es diferente)	Número de teléfono del asegurado:	
<p>La información anterior es verdadera, según mi conocimiento. Autorizo el pago de los beneficios de mi seguro directamente a la agencia. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a CRESCENTCARE o a la compañía aseguradora a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos.</p>			
<i>Nombre del paciente/tutor (En letra de imprenta):</i>			
<i>Firma del paciente/tutor:</i>		<i>Fecha:</i>	
<i>Relación con el paciente:</i>			

CRESCENTCARE

SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DEL PACIENTE ACTUAL

Escriba en letra de imprenta a continuación la información que se actualizará en el perfil del paciente. Entregue su nueva tarjeta del seguro al recepcionista si corresponde.			
Fecha de hoy:	Fecha de nacimiento:	Nombre del paciente:	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/>	Nombre preferido:		
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de correo electrónico:	N.º de teléfono particular: ()	N.º de teléfono celular: ()	
Dirección o casilla de correo postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Aseguradora principal:	Identificación de miembro/asegurado:	Número del grupo:	
Apellido del asegurado:	Nombre del asegurado:	Inicial del segundo nombre:	Copago: \$
Relación del paciente con el asegurado:	Número de seguro social del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		/ /	
INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS			
Nombre y dirección		Relación con el paciente:	
Teléfono n.º 1		Teléfono n.º 2	
OTRO (Información demográfica adicional que se actualizará, no incluida en este formulario)			
La información anterior es verdadera, según mi conocimiento. Autorizo el pago de los beneficios de mi seguro directamente a la agencia. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a CrescentCare o a la compañía aseguradora a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.			
<i>Nombre del paciente/tutor (En letra de imprenta):</i>			
<i>Firma del paciente/tutor:</i>			<i>Fecha:</i>
<i>Relación con el paciente:</i>			