



Forma de Registro

Por favor, rellene el siguiente formulario lo mejor que pueda para registrarse como paciente de Catherine's Health Center. Sus respuestas serán confidenciales junto con su información médica. Consulte a nuestro personal si tiene dudas.

Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre Fecha de hoy

Nombre (si es diferente del nombre arriba): _____

Sexo legal: Masculino Femenino Nombre anterior (si es necesario): _____

Fecha de nacimiento

Número de seguro social

Dirección de casa:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Mejor número de teléfono (indica uno) Celular Hogar Trabajo	¿Está bien enviar un mensaje de texto a este número?		Sí No
	¿Está bien enviar llamadas automáticas a este número?		Sí No
Correo electrónico:			

Contacto de emergencias:	
Relación al paciente:	Teléfono:

Nombre del pariente mas cercano (si es el mismo que el contacto de emergencia, escriba "mismo"): _____

Empleador: Ninguno Nombre del empleador: _____

Lengua Primaria: Inglés Español Otra _____

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiano/a Blanco Negro/Africano-Americano Isla Pacífica
 Nativo de Hawái Más de una raza Elija no revelar

Etnicidad: Latino/a o Hispano/a No Latino/ a o Hispano/a Elija no revelar

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Pareja

Orientación sexual: Lesbiana Homosexual Heterosexual Bisexual Inseguro
 Elija no revelar Otra (por favor especifica):_____

Identidad de género: Masculino (cisgénero) Femenino (cisgénero) Transgénero Masculino
 Transgénero Femenino Elija no revelar Otra (por favor especifica):_____

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Pronombres: él ella elle _____

Es usted...

Trabajador agrícola Sí No Elija no revelar

Paciente de clínica en una escuela/colegio/Universidad? Sí No Elija no revelar

Veterano/a Sí No Elija no revelar

En vivienda pública Sí No Elija no revelar

¿Es dueño de una casa o es responsable económicamente por su vivienda Sí No
 (i.e. pagar renta, hipoteca)?

Si su respuesta es sí, ¿tiene acuerdo legal permanente para residir en esta vivienda? Sí No

Si no, indique los que aplican a su arreglo de alojamiento actual:

<input type="checkbox"/>	Quedándose con familia o amigos	<input type="checkbox"/>	Residir en un vehículo móvil
<input type="checkbox"/>	Vivienda de transición (refugio, centro de rehabilitación/ <i>halfway house</i> , hogar grupal, etc.)	<input type="checkbox"/>	Parte de un programa de vivienda (<i>Housing Choice Voucher Program "Section 8", Habitat for Humanity, etc.</i>)
<input type="checkbox"/>	Viviendo en acomodaciones no permanentes (hotel, motel, albergue/hostal, etc.)	<input type="checkbox"/>	Viviendo en malas condiciones que se consideraría inhabitable (atestado, resultando en enfermedad, etc.)
<input type="checkbox"/>	Sin hogar	<input type="checkbox"/>	Elija no revelar

Información del seguro de salud (si tiene seguro de salud)

Seguro de salud:	Nombre del suscriptor:
Número de grupo:	Número de póliza:
Número de teléfono del seguro de salud:	Número de fax del seguro de salud:

¿Cómo nos ha conocido? Indica todo lo que aplica:

Anuncios:

- Buscador de información/
búsqueda en línea
- Una cartelera
- Un autobús
- En línea

Televisión

- Un anuncio (especifica)

- Las noticias/un segmento del
programa matutino (especifica)

Eventos Comunitarios

- Un evento (especifica)

- Una mesa de información
(especifica la ubicación)

- Referencia de organización
comunitaria(especifica):

Otro

- Médico de atención primaria
- Médico especialista
- Palabras de otras
- Hospital
- Compañía de seguros
- Escuela Primaria de Townline
- Iglesia Bíblica Crossroads
- Otro



Formulario de antecedentes médicos

Complete el siguiente formulario lo mejor que pueda. **Sus respuestas son solo para nuestros expedientes y se mantendrán confidenciales.** Sus respuestas ayudarán a su proveedor a entender mejor sus preocupaciones médicas. Si alguna pregunta le produce incomodidad, no la responda. Si no puede recordar los datos específicos, escriba una respuesta aproximada. Agregue cualquier nota que considere importante.

Nombre legal completo del paciente

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)

Nombre legal completo de la persona que rellena el formulario
(omitir si el paciente rellena el formulario)

Relación con el paciente

Motivo principal de la visita de hoy:

Otras preocupaciones:

Enumere cualquier alergia que tenga (medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.) y cómo lo afecta cada una.

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción
1. _____	_____	3. _____	_____
2. _____	_____	4. _____	_____

Su farmacia de preferencia: _____ Dirección: _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya los medicamentos recetados y de venta libre, como inhaladores y vitaminas:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN	FRECUENCIA DE TOMA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Marque todo lo que se aplique a sus antecedentes médicos

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea | <input type="checkbox"/> Sibilancias recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Tiene marcapasos | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje | <input type="checkbox"/> Reflujo o úlceras |
| <input type="checkbox"/> Asma: enfermedad reactiva de las vías respiratorias | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Úlceras en las piernas o los pies | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> VIH o sida | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (o TVP) | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Fractura de huesos | <input type="checkbox"/> Eczema o psoriasis | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> TOC | <input type="checkbox"/> Trastorno negativista desafiante | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Si lo sabe, ¿quién fue su médico de atención primaria o pediatra antes de acudir a Catherine's?

Antecedentes quirúrgicos

CIRUGÍA	MOTIVO	AÑO	HOSPITAL
1.			
2.			
3.			
4.			

Antecedentes obstétricos y ginecológicos, si corresponde

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Resultado anormal Resultado normal

Edad del primer período menstrual: _____

Fecha de la última mamografía: _____

Fecha del último período menstrual o edad de menopausia: _____

Cantidad de embarazos: _____

Cantidad de abortos espontáneos: _____

Cantidad de abortos provocados: _____

Cesáreas (sí/no): _____

En caso afirmativo, cantidad de cesáreas: _____

Antecedentes médicos familiares

RELACIÓN	¿VIVE? (S/N)	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD IMPORTANTES
Abuela (materna)			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Abuelo (materno)			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Abuela (paterna)			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Abuelo (paterno)			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Padre			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Madre			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Hermano/hermana			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Hermano/hermana			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
Otro: _____			<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular

Antecedentes sociales de salud

Marque a continuación todas las opciones correspondientes relacionadas con su consumo de tabaco, alcohol y cafeína, si lo hubiera:

Consumo de tabaco:

- Nunca fumó Fumaba en el pasado Actualmente fuma Prefiere no responder Años de consumo de tabaco: _____
 1 paquete/semana 2 paquetes/semana 1/4 de paquete/día 1/2 paquete/día 1 paquete/día 1 1/2 paquetes/día 2 paquetes/día Más de 3 paquetes/día
 Nunca consumió tabaco sin humo Consumía tabaco sin humo en el pasado Consume tabaco para inhalar Consume tabaco de mascar Consume tabaco en polvo húmedo Prefiere no responder
 Nunca usó cigarrillos electrónicos Usaba cigarrillos electrónicos en el pasado Actualmente usa cigarrillos electrónicos Prefiere no responder

Consumo de cafeína: No consume Ocasional Moderado Elevado

Consumo de alcohol: Sí No Si la respuesta es «Sí», ¿cuántas bebidas consume por semana? _____

¿Consumo drogas ilícitas o recreativas? Sí No ¿De qué tipo? _____

¿Tiene empleo en la actualidad? Sí No Ocupación: _____

Nivel de educación alcanzado: Escuela primaria Escuela secundaria/GED Escuela de formación profesional Educación superior Título universitario Posgrado

	Sí	No
¿Puede cuidarse solo/a?		
¿Tiene ceguera legal en uno o ambos ojos?		

	Sí	No
¿Tiene problemas de audición o sordera en uno o ambos oídos?		

Estado civil: Casado/a Viudo/a
 Separado/a Divorciado/a
 Soltero/a En pareja de hecho

Marque a continuación todas las opciones que se apliquen a usted:

Nivel de ejercicio: Ninguno Ocasional Moderado Elevado ¿Tiene relaciones sexuales? Sí No

Alimentación: Normal Vegetariana Para diabetes Sin gluten Específica Cardiosaludable ¿Tiene un documento de voluntades anticipadas? Sí No

Antecedentes sociales de salud pediátrica (solo para pacientes pediátricos)

Nacimiento

Hospital donde nació el paciente: _____ Complicaciones del embarazo: _____
 Semanas de gestación: _____ Complicaciones del parto: _____
 Peso al nacer: _____ Hospitalización prolongada después del parto/problemas neonatales: _____

Tipo de vivienda: Casa (propia) Casa (en alquiler) Apartamento Refugio Vivienda compartida Sin hogar

¿Con quién vive? Madre Padre Hermanos (¿cuántos?) _____ Abuelos Otros _____

Estado civil de los padres: _____ Situación laboral de los padres: _____

Guardería/escuela a la que asiste el paciente: _____ Cantidad de mascotas en el hogar: _____ Cantidad de fumadores en el hogar: _____

Sustancias que se consumen en el hogar (marihuana, alcohol, sustancias ilícitas): _____

Hay detectores de humo y detectores de monóxido de carbono en el hogar? Sí No ¿Hay armas de fuego en el hogar? Sí No

Fuente de agua potable: Ciudad Pozo Embotellada ¿La familia recibe ayuda económica (WIC, SNAP, etc.)? Sí No

Información dental

¿Recibe atención de un proveedor de atención dental? Sí No No sé

Si la respuesta es «Sí», pero NO la recibe en Catherine's Health Center, complete la siguiente información:

Nombre del proveedor:	Número de teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿Le gustaría obtener información sobre los servicios dentales que ofrece Catherine's? Sí No

Fecha del último examen dental: _____

Marque «No sé» si no conoce la respuesta a alguna pregunta.

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene dolores de oído o de cuello? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene sensibilidad dental al frío, al calor, a los dulces o a la presión? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene algún chasquido, crujido o molestia en la mandíbula? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Se le atasca la comida o el hilo dental entre los dientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Rechina los dientes o tiene bruxismo? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene la boca seca? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene llagas o úlceras en la boca? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Alguna vez recibió algún tratamiento para las encías? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Usa dentadura postiza o prótesis parciales? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Alguna vez utilizó aparatos u otro tratamiento de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Participa en actividades recreativas activas? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Alguna vez tuvo un problema asociado a un tratamiento dental anterior? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Alguna vez sufrió una lesión grave en la cabeza o la boca? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Tiene flúor el agua de su hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Bebe agua embotellada o filtrada? |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | ¿Actualmente tiene dolor o molestias dentales? | <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> En ocasiones Si la respuesta es «Sí», ¿con qué frecuencia? | |



Privacidad del paciente

Su información médica es personal y privada. Por lo tanto, nos comprometemos a protegerla. Nuestros avisos de la HIPAA, las políticas de privacidad y la declaración de los derechos y las responsabilidades del paciente se encuentran en nuestro sitio web y se publican en nuestro vestíbulo. También puede obtenerlos de forma impresa si los solicita a nuestro personal.

Cómo compartimos su información de salud personal:

- 1. Para compartirla con usted:** Si lo solicita, tiene derecho a acceder a sus expedientes médicos tal como se define en el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) como un conjunto de expedientes designado.
- 2. Para fines de atención o tratamiento:** Podemos hacer consultas con otros profesionales médicos de nuestro equipo y compartir su información de salud. También podemos trabajar con proveedores externos y compartir su información de salud para coordinar la atención.
- 3. Para el pago:** Su seguro o tercero pagador pueden exigirnos que compartamos parte de su información de salud para cubrir sus servicios. Usted puede restringir la revelación de su información de salud a su seguro o tercero pagador para fines de pago, pero será responsable de pagar estos cargos.
- 4. Para operaciones comerciales:** Podemos compartir información de salud limitada y principalmente anonimizada con fines de evaluación de la calidad, acreditación y otras necesidades comerciales. Todas las partes externas con las que nos asociamos tienen contratos por escrito que exigen que se proteja la privacidad de su información de salud.
- 5. Informes de salud pública obligatorios:** La Regla de Privacidad permite que las entidades cubiertas revelen información de salud protegida, sin autorización, a las autoridades de salud pública que estén legalmente autorizadas a recibir dichos informes con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- 6.** Autorizo a Catherine's Health Center a acceder a mi registro de vacunación en el Registro de Mejoramiento de la Atención de Michigan (Michigan Care Improvement Registry, MCIR) para coordinar los registros de vacunas y cumplir con los requisitos del estado de Michigan para la presentación de informes de vacunación.
- 7.** Autorizo a Catherine's Health Center a descargar de forma automática mi historial de medicamentos de los administradores de beneficios de farmacia (pharmacy benefit managers, PBM) si están disponibles y según sea necesario.

Puede optar por solicitar otras restricciones sobre el uso y la revelación de su información de salud protegida y/o comunicaciones confidenciales adicionales. Pida la documentación a nuestro personal para completarla.

Nombre legal completo del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del paciente/tutor (nombre legal)

Fecha

Autorizo a Catherine's a revelar información de salud limitada a las siguientes personas:

Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:
Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:
Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:
Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:
Nombre:	Número de teléfono:	Información a revelar:

Sí **No** Permito que Catherine's deje mensajes detallados sobre mis próximas citas en mi correo de voz (si marca «no», dejaremos nuestro nombre y número de teléfono y le pediremos que nos llame)

Sí **No** Permito que Catherine's deje mensajes detallados de mi equipo clínico sobre mi salud en mi correo de voz (si marca «no», dejaremos nuestro nombre y número de teléfono y le pediremos que nos llame)

Firma del paciente/tutor (nombre legal)

Fecha

SOLO PARA USO INTERNO

Si no es posible obtener el acuerdo de la persona sobre nuestras prácticas de privacidad, describa en el recuadro siguiente los esfuerzos que se hicieron de buena fe para obtener el acuerdo de la persona y los motivos por los que no se obtuvo dicho acuerdo.

Escriba aquí su respuesta:

Firma del representante del centro

Fecha

Consentimiento para el tratamiento

Autorizo a Catherine's Health Center (Catherine's) y a su personal médico, de enfermería y otros profesionales a prestar los servicios. Autorizo a los miembros profesionales del personal de Catherine's a administrar los tratamientos y los procedimientos terapéuticos y de diagnóstico que, a criterio del personal médico de Catherine's, se consideren necesarios o recomendables para mi atención.

Entiendo que todo tratamiento y evaluación médica implica cierto grado de riesgo. Tengo derecho a hacer preguntas

sobre los riesgos y los beneficios asociados con las pruebas y el tratamiento recomendados.

Entiendo que este consentimiento para el tratamiento es válido para todas las visitas que realice a Catherine's hasta que lo revoque por escrito.

Nombre legal completo del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del paciente/tutor (nombre legal)

Fecha



Política de Facturación y Solicitud de Tarifa Móvil

Política de facturación y cobranza de Catherine

Catherine's Health Center brinda acceso a los servicios independientemente de la capacidad de pago de una persona. Catherine's acepta una variedad de planes de seguro, Medicaid y Medicare. Los pacientes pueden calificar para un descuento por los servicios (un programa de tarifas variable) según los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. El programa de tarifas móviles se aplicará a los cargos de los pacientes que se encuentren entre el 100 % y el 200 % del nivel federal de pobreza. Para las personas y los hogares con ingresos iguales o inferiores al 100 % del FPL, los servicios de Catherine se proporcionarán por una tarifa mínima. Por favor, pregunte en la recepción para obtener más información.

Si el paciente es responsable de algún cargo, el pago debe realizarse en el momento de la salida. Los saldos pendientes se enviarán a una agencia de cobro. Para asegurarse de que todos los que necesitan atención tengan acceso a ella, Catherine's se reserva el derecho de suspender los servicios a un paciente si no se realiza el pago y si la solicitud de tarifa variable está incompleta o es inadecuada.

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado la información de la política de facturación anterior y/o he solicitado la información adicional que necesito para una comprensión completa.

Solicitud de Tarifa Móvil

Esta aplicación está disponible para todas las personas, independientemente del estado del seguro.

- Declaro que estoy sin vivienda.
- Me niego a proporcionar la siguiente información y, por lo tanto, reconozco que no seré elegible para recibir asistencia financiera. Por lo tanto, si soy responsable de algún cargo, pagaré el monto total facturado.

 Nombre Legal Completo del Paciente y Firma _____
Fecha

Enumere usted mismo, su cónyuge y los dependientes **que reclama en sus impuestos.**

Nombre		Fecha de Nacimiento	Nombre		Fecha de Nacimiento
Tú mismo			Dependiente/ Edad		
Cónyuge			Dependiente/ Edad		
Dependiente/ Edad			Dependiente/ Edad		
Dependiente/ Edad			Dependiente/ Edad		

Ingreso familiar anual

Fuente de Ingreso	Tú mismo	Cónyuge	Otra	Ingresos totales
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Seguro social y beneficios para veteranos				
Pensión alimenticia				
Ingresos por cuenta propia empresarial empleo y dependientes				
Alquiler (si es dueño de una propiedad)				
Ingresos Totales				

Lista de Control de Verificación

Adjunte todas las copias a este formulario, por favor.

- Sí** **No** *Identificación/ Dirección:* Licencia de conducir, identificación de empleo, tarjeta de seguro social u otra
- Sí** **No** *Ingresos requeridos:* Declaración de impuestos del año anterior, talones de pago de un mes, W-2, beneficios del seguro social, carta de apoyo u otro
- Sí** **No** *Seguro:* Tarjeta(s) de seguro
- Sí** **No** *Medicaid:* Solicitud realizada o evidencia de rechazos

Firma del Paciente/Guardián Legal (Nombre Legal)

Fecha

SOLO USO DE OFICINA

Clase de Pago Aprobada:	Fecha Efectiva:
Aprobado or:	Fecha de Expiración: