



INFORMACION DEL CLIENTE

For Office Use Only

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL CLIENTE

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (d/m/a) Edad \_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Nombre (Primero) \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Por favor, elija dos métodos que podemos usar para comunicar sobre resultados, visitas sucesivas, facturación, etc.

Celular \_\_\_\_\_ Texto? Sí No Casa \_\_\_\_\_ Texto? Sí No

Trabajo \_\_\_\_\_ Texto? Sí No Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Sí No Correo - Sí No

Género  Mujer  Hombre Al nacer fue Usted un :  Solo  Gemelo  Trillizo  Otro

Raza  Blanco  Indio Americano  Negro  Nativo de Alaska Raza  Hispano  No Hispano  Desconocido
 Asiático  Isleño del Pacifico Hawaiano  Otro

Lenguaje  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_ Inglés Limitado  Sí  No

Client # \_\_\_\_\_

Fee Category # \_\_\_\_\_

Has Ins. Medicaid No Ins.

Chart Ready Time: \_\_\_:\_\_\_:\_\_\_ am/pm

Initials: \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_

#SS \_\_\_\_\_

Nombre (Primero) \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (d/m/a)

SEGURO PRIMARIO  Ninguno Relación del paciente al asegurado:  Mismo  Cónyuge  Hijo/a

Compañía de Seguro : \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del asegurado: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado si es diferente al cliente: \_\_\_\_\_

INFORMACION DE MEDICAID

Nombre (como aparece en su carta): \_\_\_\_\_ Medicaid # \_\_\_\_\_

\*\*\*PARA TODOS LOS CLIENTES DE SALUD REPRODUCTIVA\*\*\*

Antes de que nuestro personal puede compartir cualquier información con los clientes, les van a preguntar por su contraseña y el apellido de soltera de su madre.

Apellido de soltera de su madre: \_\_\_\_\_ Contraseña: \_\_\_\_\_

Voltar la pagina y completar el otro lado

**Para todos los clientes de Inmunización, por favor, lea lo siguiente y ponga sus iniciales si se aplica**

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que recibí una copia, o me explicaron el Aviso de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud del Distrito Central.

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que recibí, y he leído, y entendido la Póliza Financiera y Nombramiento.

\_\_\_\_\_ Necesito asistencia financiera. Numero de personas en mi casa \_\_\_\_\_ Mi Ingreso Mensual \_\_\_\_\_

**\*\*\*Ingreso bruto mensual (No lo deje en blanco, no le ponga 0)\*\*\***

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que puedo negar las vacunas para mi hijo/a por religión u otros motivos.

\_\_\_\_\_ Participación o negamiento del registro de vacunas (Iris) es voluntario. Hable al Programa de vacunas de Idaho al 208.334.5931 para optar fuera. Si usted no opta fuera del programa de Iris los archivos de vacunas seran archivados.

Firma de la persona recibiendo las vacunas o la persona autorizada para hacer esta solicitud:

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha día mes año

**Para todos los clientes de Salud Reproductiva, por favor, lea lo siguiente y ponga sus iniciales si se aplica**

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo el **Aviso de Prácticas** de Privacidad del Departamento de Salud del Distrito Central

\_\_\_\_\_ He leído, entiendo y acepto los términos incluidos en la póliza financiera de CDHD. Asimismo, reconozco y acepto que CDHD no participa actualmente en Medicare, PPO, HMO, o planes de proveedor participante. Entiendo que al optar por no revelar mi estado financiero o usar mi cobertura de seguro de salud, yo seré responsable de todos los honorarios al momento del servicio. Yo reconozco que es mi responsabilidad de saber qué servicios médicos están cubiertos por mi plan de seguro.

\_\_\_\_\_ He leído, y entiendo totalmente, y estoy de acuerdo con los términos incluidos en el **Consentimiento para Servicios y Autorización para Divulgar Información Médica por Teléfono.**

\_\_\_\_\_ Entiendo y reconozco que podría incurrir cargos de laboratorio si no cumpla con los criterios de prueba, y el pago se esperará al momento del servicio para las pruebas de laboratorio.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha día mes año