MARION COUNTY PUBLIC HEALTH DEPARTMENT
Prevent. Promote. Protect.

CLIENT REGISTRATION FORM
HOJA DE REGISTRO DEL CLIENTE

Por favor llene esta forma para que nosotros podamos ofrecerle la mejor atención posible. La información que usted comparta con nosotros es parte de su información médica confidencial. Algunas enfermedades infecciosas deben de ser reportadas al Departamento de Salud del Estado de Indiana de acuerdo con la ley estatal (I.C. 16-41-2-1)

Escuelal Nombre: _____
_____
_____
Grado: _____

FOR STAFF USE ONLY
_____
MCPHD Client #
_____
Eskenazi Patient#
_____
Location or Screening Event

POR FAVOR ESCRIBA

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ (mes / dia / año) Número de Seguro Social: _____ -_____ -_____ (Social Security Number)

Nombre: _____ (Primer nombre / Segundo nombre / Apellido)

Apodo/Sobre nombre: _____ Nombre de soltera: _____

Dirección: _____ (Calle / Ciudad / Estado / Código)

Número de teléfono de la casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

dirección de correo electrónico: _____

Sexo/Genero:
- ☐ Masculino ☐ Trans (choose one)
- ☐ Femenino ☐ Masculino → Femenino
- ☐ Femenino → Masculino

Estado Marital:
- ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a)
- ☐ Casado(a) ☐ Separado
- ☐ Divorciado(a)

Primer Idioma:
- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Otro: _____

¿Es un paciente nacido de parto múltiple? (gemelos, triples, etc.) Marque el cuadro si la respuesta es. Sí ☐

Favor de contestar ambas preguntas: Favor de seleccionar las respuestas que apliquen. *(Esta información es para uso estadístico solamente)*

1. ¿Cual es su raza?
- ☐ Afro Americano o Negro
- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska e - Especifique la tribu:_____
- ☐ Indio Asiático
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Guamani o Chamorro
- ☐ Nativo de Hawai
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Otra parte de Asia: _____
- ☐ Otras Islas Pacíficas: _____
- ☐ Otra Raza: _____
- ☐ Samoano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Blanco

2. ¿Es ud hispano/Latino?
- ☐ No, Otro Hispano/ Latino Españo
- ☐ Si, Mexicano/México Am./ Chicano
- ☐ Si, Puertorriqueño
- ☐ Si, Cubano
- ☐ Si, Otro Hispano/ Latino Españo - Especifique: _____

Información sobre el seguro
Medicaid/Hoosier Health Wise
de ID: _____
Seguro Dental
Compañia:_____
de ID: _____
Subscriber #: _____
Medicare
de ID: _____
Otro Seguro
Compañia: _____
Policy # _____

¿El cliente fuma? (si tiene mas de 12 años)

☐ Actualmente fuma ☐ Fumó antes ☐ Nunca ha fumado

Información del padre o tutor legal (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____ / _____ (MM / DD / YYYY) Relación: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: (____) _____

¿A quién debemos contactar en caso de emergencia?

Nombre: _____ Número de teléfono: (____) _____

Reconocimiento de haber recibido el Aviso sobre Privacidad

Yo he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad. *(Usted puede rehusarse a firmar este reconocimiento)*

Firma del Paciente/Padre/Madre/ Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Autorización para Servicios

Por medio de la presente autorizo al Marion County Public Health Department para que examine, realice pruebas y ofrezca servicios al paciente mencionado con anterioridad. Los resultados de los análisis y tratamientos serán explicados como parte de la visita de hoy. Si necesitamos hacerle un seguimiento, o darle los resultados de algún examen, o recordarle alguna cita, le contactaremos por medio de un miembro del Departamento de Salud.

Firma del Paciente/Padre/Madre/ Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

HIPAA Refusal: Please complete if client refuses to sign the acknowledgement section. We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

❑ Individual refused to sign ❑ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement

❑ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement ❑ Other (please specify) _____

_____ _____
Authorized Employee Name (Print) Title (Print)

_____ _____
Employee Signature Date

DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL CONDADO DE MARION
HOJA DE REGISTRO DEL CLIENTE - PAGINA 2

FOR STAFF USE ONLY

_____
MCPHD Client #

_____
Eskenazi Patient#

_____
Location or Screening Event

Fecha de Nacimiento: _____ / _____/ _____
mes día año

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Por favor escriba todas las personas que viven con usted

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Sexo	Escuela	(Staff Use) MCPHD#

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO CON EL PACIENTE

El Marion County Public Health Department le permite solicitar que se le dejen mensajes con información sobre los turnos, los resultados de los laboratorios, el tratamiento y/o otra información de salud. ***Por favor marque todas las opciones que corresponda***:

❑ No quiero ningún tipo de contacto.

Comunicación telefónica:

Teléfono de la casa _____
❑ Si, deje un mensaje de correo de voz. ❑ Deje un mensaje con un número para devolver la llamada. ❑ No deje ningún mensaje

Teléfono celular _____
❑ Si, deje un mensaje de correo de voz. ❑ Deje un mensaje con un número para devolver la llamada. ❑ No deje ningún mensaje

Teléfono del trabajo _____
❑ Si, deje un mensaje de correo de voz.. ❑ Deje un mensaje con un número para devolver la llamada. ❑ No deje ningún mensaje

Otro_____
❑ Si, deje un mensaje de correo de voz. ❑ Deje un mensaje con un número para devolver la llamada. ❑ No deje ningún mensaje

❑ Si, deje un mensaje a:_____ _____
Nombre Relación

Comunicación por escrito

❑ Puede contactarme por correo al domicilio de mi casa
❑ Puede contactarme por correo al domicilio de mi casa/oficina
❑ Si tiene algún otro pedido especial por favor especifique: _____

_____ _____
Firma del paciente Fecha

Si cambia de opinión luego de haber completado esta autorización, debe presentar una cancelación por escrito de la autorización. Esto no afectará ni revertirá el significado de ninguna divulgación previa a esta notificación.

Para ser llenado solo por el personal - For Staff Use Only

Date	Additional Addresses	Zip Code	Home Phone	Other Phone

Other Hospital Patient Number: _____ Medicaid Caseworker: _____