



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)

Escuela Nombre: _____

Grado: _____

FOR STAFF USE ONLY

MCPHD Client # _____

Eskenazi Patient# _____

Location or Screening Event _____

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)

Primor 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 Español
- Si, Mexicano/México Am./ Chicano
- Si, Puertorriqueño
- Si, Cubano
- Si, Otro Hispano/ Latino Español - Especifique: _____

Información sobre el seguro Medicaid/Hoosier Health Wise

de ID: _____

Seguro Dental

Compañía: _____

de ID: _____

Subscriber #: _____

Medicare

de ID: _____

Otro Seguro

Compañía: _____

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: ____/____/____ Relación: _____
MM DD YYYY

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 _____

