



Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313
2710 E Harney St. Suite 202 | Laramie, WY 82072

UW Family Practice | (307) 234-6161
1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine | (307) 632-2434
820 E. 17th St. | Cheyenne, WY 82001

Información del Paciente			
Apellido del Paciente (Legal)		Nombre	M.I. Nombre preferido
Fecha de Nacimiento / /	Estado Civil (Círculo Uno) S / C / V / D	Dirección postal	Ciudad/Estado/Código Postal
Dirección Física		Ciudad/Estado/Código Postal	Teléfono del Hogar Teléfono Celular
Correo electrónico - proporciona acceso al Portal del Paciente		¿Cuál es su método de contacto preferido? (Círculo Uno) Teléfono celular / Teléfono residencial / Teléfono de trabajo / Carta / Portal del paciente	
Sexo al nacer Masculino / Femenina	Seguro Social # / /	Idioma preferido	Latino o hispano (Círculo Uno) Sí / No
Orientación Sexual <input type="radio"/> Heterosexual (No Lesbiana o Gay) <input type="radio"/> Lesbianas o Gays <input type="radio"/> Bisexuales <input type="radio"/> Algo mas/ No saber <input type="radio"/> Elija no divulgar	Identidad de Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenina <input type="radio"/> Transgenero Masculino / Mujer -> Hombre <input type="radio"/> Transgenero Femenina / Hombre -> Mujer <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Elija no revelar	¿Con qué raza te identificas? <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro - Afroamericano <input type="radio"/> Asiatico <input type="radio"/> Nativo Hawaiano o Otros Isleños del Pacifico <input type="radio"/> Nativo Indio Americano-Alaskan <input type="radio"/> No reportado o Rechazado	
¿Cómo supiste de nosotros? (Círculo Uno)		Paciente / Médico / Hospital / Amigo o Miembro de la Familia / Radio / TV / Páginas Amarillas / Sitio web / Periódico / Otra Agencia	
EMPLEO / ESCUELA / VIVIENDA			
Empleo (Círculo Uno) FT / PT / Jubilado / Deshabilitado / No Empleado	Empleador	Teléfono	Estado del Estudiante (Círculo Uno) FT / PT
¿Es usted un veterano militar? (Círculo Uno) Sí / No		¿Es usted un trabajador agrícola? (Círculo Uno) Sí / No	
¿Cuáles son sus arreglos de vida actuales? (Circle One) Propio / Alquiler / Vivir w Parientes / Refugio / Calle / Otros		Preferencia de farmacia - Nombre	
INFORMACIÓN DE INGRESOS			
¿Cuál es el ingreso de su hogar? (Círculo Uno) Menos de \$10,000 \$30,000 - \$49,999 \$10,000 - \$14,999 \$50,000 - \$79,999 \$15,000 - \$19,999 \$80,000 - \$99,999 \$20,000 - \$29,999 \$100,000 +		¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ Los descuentos en nuestras tarifas están disponibles en función de sus ingresos y el tamaño de la familia. ¿Le gustaría presentar una solicitud? (Círculo Uno) Sí No	
CONTACTO DE EMERGENCIA (Solo para emergencias; diferente del contacto que aparece en el Formulario HIPAA)			
Nombre		Relación	Teléfono
CABEZA DE FAMILIA - Persona que es financieramente responsable de los miembros de la familia (Sólo si es diferente de paciente)			
(Legal) Apellido	Nombre	M.I.	Fecha de nacimiento
Dirección postal		Ciudad / Estado / Código Postal	Dirección física
Ciudad / Estado / Código Postal		Ciudad / Estado / Código Postal	
Teléfono Celular	Teléfono del Hogar	Relación con el paciente	
Sexo (Círculo Uno) Hombre / Femenino	Seguro Social # / /	Estado civil (Círculo Uno) S / C / V / D	
Empleo (Círculo Uno) FT / PT / Jubilado / Deshabilitado / No Empleado	Nombre del Empleador	Nombre del empleador	

INFORMACION DE SEGURO PRIMARIO (Requerimos una copia de la tarjeta de seguro para presentar el seguro)				
Nombre del seguro		Nombre del suscriptor asegurado		
SSN / ID asegurado #	Fecha de nacimiento asegurada	Fecha de política efectiva		
Dirección de correo del seguro	Ciudad	Estado	Código postal	Nombre del empleador
Dirección de correo del empleador asegurado	Ciudad	Estado	Código postal	Nombre del empleador
INFORMACION DE SEGURO SEGUNDO (Requerimos una copia de la tarjeta de seguro para presentar el seguro)				
Nombre del seguro		Nombre del suscriptor asegurado		
SSN / ID asegurado #	Fecha de nacimiento asegurada	Fecha de política efectiva		
Dirección de correo del seguro	Ciudad	Estado	Código postal	Nombre del empleador
Dirección de correo del empleador asegurado	Ciudad	Estado	Código postal	Nombre del empleador

Mis iniciales indican que estoy de acuerdo con lo siguiente:

- _____ Tratar al personal y a los clientes con dignidad y respeto.
- _____ Llegue a su cita 20 minutos antes. (30 minutos si necesita actualizar el seguro o volver a calificar para diapositiva). Todo debe completarse antes de la hora de la cita o puede ser reprogramado o no recibir la diapositiva para esa visita.
- _____ Cancelar la cita al menos 24 horas antes, o se considerará un "No Show". Repetir "No Shows" puede restricciones al programar futuras citas.
- _____ El pago se espera en el momento del servicio.
- _____ Cada clínica tiene el derecho de retirar a cualquier paciente o visitante a su discreción de cualquier área clínica u oficina si el paciente o visitante abusa de cualquier empleado físicamente o VERBALLY.

Si el paciente es menor de edad, por favor enumere a los padres/tutores:

Nombre _____ Relación _____
 Nombre _____ Relación _____

Si el paciente es menor de edad, por favor enumere cualquier persona capaz de traer hijo sin padre / tutor presente.

La persona debe traer un documento de identidad con fotografía válido.

Nombre _____ Relación _____
 Nombre _____ Relación _____
 Nombre _____ Relación _____

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN

La información dada en este formulario es fiel a lo mejor de mi conocimiento.

Acuerdo de Tratamiento/Pago

Solicito al EHCW que me proporcione atención médica a mí/mi familia. Acepto la responsabilidad de pagar por este cuidado de acuerdo con el tasas establecidas. Además, autorizo la asignación de beneficios para que los servicios médicos se paguen a la EHCW. Además, autorizar a la EHCW a facturar mi seguro mediante presentación electrónica a través de una agencia de facturación y a divulgar cualquier información necesario para el procesamiento de reclamaciones. En el caso de que se realicen radiografías y/o pruebas de laboratorio durante mi visita, autorizo a la EHCW para divulgar información a la agencia externa para el propósito relacionado con el procesamiento y facturación de la película(s) y/o prueba(s).

Firma _____
 Nombre de impresión _____

Fecha _____