



1035 14th Avenue North  
Nashville, Tennessee 37208  
(615) 327-9400

230 Dover Road  
Clarksville, Tennessee 37042  
(931) 920-5000

739 President Place  
Smyrna, Tennessee 37176  
(615) 984-4290

## FORMULARIO DE REGISTRACION

(Favor de Imprimir)

<b>INFORMACION DEL PACIENTE (FAVOR DE DARLE SU TARGETA DE IDENTIFICACION AL(A) RECEPCIONISTA.)</b>				
Apellido:		Primer Nombre:		# De Seguro Social
Ha sido visto en alguna de nuestras locaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección:			Codigo Postal:	
Número de telefono de Casa:	Número de Celular:		Número del trabajo o alterno:	
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>				
Nombre:	Relación al paciente:	Número de tel.:	Número Alterno:	
<b>INFORMACIÓN DEMOGRAFICA</b>				
Ha asistido a una clínica escolar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es trabajador Migrante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sin Hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es Hispano or Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cúal es su raza? <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afro -Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo deHawaii <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> No deseo reportar la información				
<b>LENGUAJE DE PREFERENCIA:</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Otro:				
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO (FAVOR DE DARLE SU TARGETA DE SEGURO MÉDICO AL(A) RECEPCIONISTA.)</b>				
<b>Que tipo de cobertura médica tiene?:</b>		<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> TennCare <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Nombre de seguro médico:</b>				
Nombre del suscriptor:		Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro:		
Fecha de nacimiento del suscriptor:		#De Seguro Social :		
Nombre del Grupo		Número de Póliza:		Copayment:
<b>Nombre de Segundo Seguro:</b>				
Nombre del suscriptor:		Relación al paciente : <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro:		
Fecha de nacimiento del suscriptor:		#De Seguro Social:		
Nombre del Grupo		Número de Póliza:		Copago:
<b>Quisiera Aplicar Para el Programa de Descuento de Escala de Pagos ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</b>				
Tiene un testament o directivo anticipado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Si no tiene ninguno, pídale a nuestro personal que le de información sobre este importante tema.				
<b>CONSENTIMIENTO PARA SU TRATO</b>				
La información anterior es correcta alo mejor de mi conocimiento. Solicito Matthew Walker Comprehensive Health Center, Inc. para proporcionarme y/o mi familiar tratameintos médico, dental, y diagnosticos. Entiendo que no hay garantía o aseguramiento en cuanto a los resultados de cualquier tratamiento. Reconozco mi responsabilidad de pagar por este cuidado y los servicios asociados con mi visita a Matthew Walker Comprehensive Health Center. Entiendo que seré responsable por cualquier cargo que no es pagado por mi compañía de seguros. También estoy de acuerdo que si no tengo ningún seguro seré responsable de mis costo de visita.				



1035 14th Avenue North Nashville, Tennessee 37208 (615) 327-9400	230 Dover Road Clarksville, Tennessee 37042 (931) 920-5000	739 President Place Smyrna, Tennessee 37176 (615) 984-4290
--	--	--

Acepto que he sido provisto información sobre anticipados, testamento vital, poder notarial y el aviso de prácticas de privacidad. Estoy de acuerdo en permitir que Matthew Walker Comprehensive Health Center, Inc. contactarme en los siguientes métodos con respecto a mi información de salud privada, evaluación y tratamiento.

*Firma de Paciente o Guardian:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en permitir que Matthew Walker Comprehensive Health Center, Inc. contactarme en los siguientes métodos con respecto a mi información de salud privada, evaluación y tratamiento.

Preferencias de Privacidad y Comunicación	
Puede dejar mensajes en:	<input type="checkbox"/> celular: <input type="checkbox"/> Telefono de casa: <input type="checkbox"/> Telefono de trabajo:
Usted puede mandar mensaje de textos para informar sobre mis citas (recordatorios o cancelaciones) en mi	<input type="checkbox"/> Celular:
Puede mandar correos electrónico para información sobre mis citas u otra información general a:	Correo Electronico:
Puede enviar información con respecto a mi tratamiento a:	<input type="checkbox"/> Dirección de casa: <input type="checkbox"/> Dirección de trabajo:

Autorizo a Matthew Walker Complete Health Center, Inc. para discutir mi información de salud (que puede incluir historial, diagnóstico, laboratorios, resultados de las pruebas, tratamiento y otra información de salud) con los contactos listados aqui:  
 Entiendo que al dejar este espacio en blanco, estoy indicando que no deseo compartir información con nadie excepto cualquier persona que sea requerido o permitido por ley.

Nombre:	Relación:
Número de telefono:	Dirección:
Nombre:	Relación:
Número de telefono:	Dirección:

Reconozco que he leído y aceptado la información prevista por esta forma. Entiendo el riesgo asociado con los diferentes métodos de comunicación, especialmente correo electrónico y mensajes de texto, y consentimiento a las condiciones, restricciones y responsabilidades del paciente. Entiendo que es mi responsabilidad mantener mis contraseñas relacionadas y acceso a la información confidencial.

Nombre de Paciente Imprimido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma de Paciente: \_\_\_\_\_