



COMMUNITY HEALTH CENTER

Visiting Nurse Association of Central Jersey

Community Health Center, Visiting Nurse Association of Central Jersey, 1301 Main Street, Asbury Park, NJ 07712

PATIENT INFORMATION

Informacion del paciente – Idioma preferido (Por favor especificar): _____

Nombre preferido: _____

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento ((MM/DD/YYYY):
-----------	---------	------------------------------------

Si es menor, Nombre del Padre o Guardian y Information de correo

Apellido:	Nombre	Previo Nombre (Si Applicable):
-----------	--------	--------------------------------

Apellido:	Nombre	Previo Nombre (Si Applicable):
-----------	--------	--------------------------------

Direccion de correo:

Ciudad/Estado/Codigo Postal:

Telefono de casa:	Telefono celular:	Telefono de Trabajo:	Seguro Social #:
-------------------	-------------------	----------------------	------------------

Metodo preferido de contacto para llamadas de recordatorio y otros mensajes electronicos: <input type="checkbox"/> Correo de voz <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Optar no	Si correo de voz, por favor seleccionar numero preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
--	--

Telefono de Casa <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con un numero de telefono para retornar la llamada <input type="checkbox"/> OK mandar email a: _____	Telefono de trabajo <input type="checkbox"/> OK dejar mensaje con informacion detallada <input type="checkbox"/> Dejar solo mensaje con un numero para retornar la llamada	Comunicacion medica por escrito <input type="checkbox"/> OK de mandar coorespondencia por escrito <input type="checkbox"/> OK de mandar fax a este numero: _____
---	---	---

Estado Marital : <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Preferencia de Genero: Pronombre Preferido: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> He <input type="checkbox"/> She <input type="checkbox"/> Other
---	---

Orientacion Sexual:
 Heterosexual (no Gay o Lesbiana) Lesbiana o Gay Bisexual Otro Opto por no escoger

Estado estudiantil: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> N/A	Correo electronico:
--	---------------------

En caso de emergencia, contactar:	Telefono del contacto :	Relacion con el Paciente:
-----------------------------------	-------------------------	---------------------------

Yo afirmo que soy el padre o guardian legal del menor mencionado. Si no estoy disponible en acompañar a mi hijo, Yo doy permiso al individuo nombrado abajo para acompañar mi hijo por tratamientos medico/dental

Nombre _____	Relacion _____
Nombre _____	Relacion _____
Nombre _____	Relacion _____

Este consentimiento sera considerado en efecto hasta rescindido o revocado.

**Persona a aparte de usted, autorizada para recibir informacion:
Por favor indique el tipo(s) de informacion cada persona es autorizada a recibir.**

<input type="checkbox"/> Informacion Medica <input type="checkbox"/> Informacion Financiera			<input type="checkbox"/> Informacion Medica <input type="checkbox"/> Informacion Financiera		
Nombre	Relacion	Telefono	Nombre	Relacion	Telefono

Imprima el nombre del Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

ADDITIONAL

Informacion Adicional (POR FAVOR LLENAR TODAS LAS SECCIONES DE ABAJO)

TAMANO DE FAMILIA: _____ INGRESO ANUAL: _____ REHUSO A REVELAR

Raza (por favor seleccionar): <input type="checkbox"/> Blanco/Caucasico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Mas de una raza Asiatico <input type="checkbox"/> Other Isleno del Pacifico Hawaiano Nativo Indio Americano/ Nativo de Alaska	Etnicidad(por favor seleccionar): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
---	---

Estado de Trabajador migrante (please select):
 Trabajador Migrante Estacional No Trabajador Migrante

Estado de Veterano (por favor seleccionar):

Veterano No Veterano

Estado de falta de vivienda

No falta vivienda Refugio Transicional Doblando Calle Otro



COMMUNITY HEALTH CENTER

Visiting Nurse Association of Central Jersey

Community Health Center, Visiting Nurse Association of Central Jersey, 1301 Main Street, Asbury Park, NJ 07712

Informacion del Garante

Mismo Padre o Guardian (Si menor de 18) Esposo Companero Otro

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Social Security Number: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Casa Celular Trabajo

Telefono: _____ Casa Celular Trabajo

Seguro Medico

Seguro Medico Primario

Seguro Medico Secundario

Nombre de la Compania Aseguradora:

Nombre de la Compania Aseguradora:

Nombre del Titular de la Poliza:

Nombre del Titular de la Poliza:

Numero de Poliza:

Numero de Poliza:

Numero de Grupo:

Numero de Grupo:

La visita de hoy es relacionado a un accidente de carro o de trabajo?

Numero de Reclamo:

Yes No

Compensacion de Trabajadores / Seguro de Carro Nombre, Direccion y Telefono:

Numero de Poliza del reclamo: _____

AUTORIZACION DE SEGURO Y ASIGNACION

Entiendo y apruebo que Visiting Nurse Association of Central Jersey (VNACJ) y sus empleados y agentes pueden usar y compartir mi informacion de salud protegida para pagos, tratamiento y/o opciones del cuidado de salud. Yo pido que el pago autorizado de beneficios de seguro sean hechos para mi o en mi nombre a VNACJ por cualquier servicio amueblado para mi por VNACJ y sus empleados y agentes. Yo autorizo cualquier tenedor de mi informacion medica a proveer a la compania de seguro y sus agentes y cualquier informacion necesitada para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados.

AUTORIZACION DE FOTOGRAFIA

Por la presente autorizo Visiting Nurse Association of Central Jersey (VNACJ) y sus colegas a tomar fotografias de mi mientras este pasando por exámenes medicos y cirugía. Estas fotografias pueden ser usadas para fines educacionales o promocionales.

HIPPA

Yo tengo recibido/revisado una copia de Aviso de Practicas de Privacidad de Visiting Nurse Association of Central Jersey (VNACJ)

Firma del Responsable: _____

Imprima nombre del Responsable: _____

Date: _____

GUARANTOR / INSURANCE INFORMATION

