

Olde Towne Medical Center

**Forma De Registro**

**Imprima con tinta por favor**

**Infomacion del Paciente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Sexo (circule): Hombre    Mujer    Estado de empleo: Empleado    No empleado    Estudiante

Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número seguro social: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado Matrimonial(circule): Soltero Casado Divorciado

Raza/Origen Nacional: Blanco Negro Hispano Asiático Indio Americano

Es usted Ciudadano de los Estados Unidos? (circule) Sí No

**Información del Padre o Guardián (Sólo si el paciente tiene menos de 18 anos)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Número seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Información de seguro médico**

Seguro \_\_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ No Seguro \_\_\_\_\_

**Certificación** Yo certifico que la información es correcta que yo sepa.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Ciudad o condado de residencia:**

Circule por favor: (1)

- |              |                 |                      |              |
|--------------|-----------------|----------------------|--------------|
| Charles City | James City      | City of Williamsburg | Surry        |
| Gloucester   | Newport News    | New Kent             | Other: _____ |
| Hampton      | York / Yorktown | King & Queen         |              |

## Olde Towne Medical Center Información Sobre Los Ingresos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

	Sí	No	Doc.		Sí	No	Doc.
1 Trabajos por cuenta propia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Pagos de ayuda estatal (Cupones de alimentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad: _____				Cantidad: _____			
2 Beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Ingresos de jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad: _____				Cantidad: _____			
3 Desempleo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Compensación de trabajadores <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad: _____				Cantidad: _____			
4 Los veteranos benefician <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad: _____				Cantidad: _____			
5 Manutención de menores <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Otros ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad: _____				Cantidad: _____			
6 El salario y emprende <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cantidad: _____							

**TOTAL AMOUNT**

\$ \_\_\_\_\_ Semanalmente      Cada dos semanas      Mensualmente      Anualmente

Certifico con mi firma a continuación que he leído mis Derechos y Responsabilidades (que aparecen en la página de instrucciones), y acepto todos los terminus y condiciones. También declare que toda la información que he suministrado en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi mayor saber y entender. Entiendo que si doy información falsa, retengo información, o no notifico sin demora o a propósito los cambios requeridos, mi descuento se puede negar.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Received by \_\_\_\_\_  
OTMC Staff

Documentation of income must be provided within 30 business days or application for Sliding Fee Scale Program is null and void.

List Documentation that is missing:

\_\_\_\_\_

Proof or Residency:(describe) \_\_\_\_\_

Proof of Identity:(describe) \_\_\_\_\_

Sliding Fee Scale Level \_\_\_\_\_ Expiration Date \_\_\_\_\_ Approved by \_\_\_\_\_

Olde Towne Medical Center  
Sliding Fee Scale Program

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Account # \_\_\_\_\_

Para recibir los descuentos hoy, yo he proporcionado los ingresos exactos para cada persona en mi casa. Entiendo que debo informar todos cambios en ingresos de casa o número de personas de casa cuando estos cambios ocurren. Entiendo que esa falsificación de esta información tendrá como resultado la caducidad de discounts y realse posible del cuidado.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Imprima el nombre, la edad, el sexo, la fecha del nacimiento, y el número del seguro social de todas personas que viven en la casa.**

Nombre seguro social	El edad	El sexo	Fecha del nacimiento	El número del
-------------------------	---------	---------	----------------------	---------------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Prueba de que reside en los condados de James City o York o en la ciudad de Williamsburg (circule)**

- Tarjeta de votante de Virginia
- Tarjeta de registro o título de propiedad de su vehículo registrado en Virginia
- Forma W-2 del IRS con fecha dentro de los últimos 18 meses
- Recibo de cuenta de servicio público (electricidad, agua, teléfono, etc) con el nombre y la dirección del solicitante, y fecha dentro de los últimos dos meses
- Contrato de arrendamiento residencial con el nombre del solicitante

**Prueba de Identidad (circule)**

- Permiso/licencia de conducir del estado de Virginia o identificación personal emitida por el estado de Virginia
- Partida/certificado de nacimiento de los Estados Unidos
- Tarjeta de Autorización de Empleo en los Estados Unidos que esté vigente (no puede estar vencida)
- Tarjeta o póliza de seguro médico con fecha de nacimiento
- Pasaporte
- Tarjeta de Residente Permanente de los Estados Unidos que esté vigente (no puede estar vencida)

Olde Towne Medical Center  
**Consentimiento Para El Tratamiento/Designación De Los Beneficios**

Les doy mi permiso y consentimiento a los medicos y los empleados de Olde Towne Medical Center para el tramiento del paciente nombrado en el dorso de esta forma. Solicito que pago de Medicare u otros beneficios de seguro se hagan en mi favor a Olde Towne Medical Center y apruebo wl acceso de mi historial medico a las companies aseguradoras o a las agencias de gobierno que solicitan este historial médico para determinar los beneficios. También, si es necesario, apruebo el acceso de mi historial medico a cualquier médico que solicite esta información. Entiendo, que sin importat del tipo de plan de seguro de salud, que el pago para los servicios prestados es mi responsabilidad y estoy de acuerdo pagar todos de los gastos incurridos para el cobro de la suma pendiente, incluyendo el interés del 1.5 por ciento cada mes y los gastos tribunales y los del abogado. Pago de costos por los servicios no cubiertos, para una cuota de pago del paciente y de los pacientes sin seguro de salud con las companies con que participamos es necesario en el momento de la vista al menos que existan palnes alternatives anteriores.

---

Firma del paciente o garante

---

Fecha

**A Visio De Consentimiento Para El Análisis De Sangre Para VIH y Hepatitis B o C**

Una ley de Virginia de 1989 autoriza a los abastecedores de servicios medicos haver una análisis de sangre de sus pacientes para detectar la presencia de anticuerpos del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la presencia de hepatitis viral B o C. Este análisis solamente ocurrirá cuando un medico está expuesto al líquido del cuerpo de un paciente de una manera en que la trasmisión del VIH o hepatitis viral B o C fuera possible. Con arreglo a esta key, si el contacto ocurre, es padido que de su permiso para el acceso de los resultados de la análisis de su sangre a los abastecedores de servicios medicos expuestos. Sim embargo, antes de cualquier análisis de su sangre para los anticuerpos de VIH o hepatitis viral B o C, con arreglo a esta ley, el análisis de su sangre sería explicada y tiene la oportunidad preguntar preguntas si tiene algunas. Note por favor que este no es un consentimiento para sacar su sangre. El propósito de esta forma es para informarle de la ley de Virginia.

He leído lo anterior y entiendo el "Aviso de consentimiento pare el análisis de sangre para VIH y Hepatitsi B o C".

---

Firma del paciente o garante

---

Fecha

**Regla De Ausencia De Olde Towne Medical Center**

Se la ha dado una cita para servicios medicos a Olde Towne Medical Center. Este es tiempo valioso para usted y nuestros medicos. Si necesita cancelar esta cita, por favor llame Olde Towne Medical Center (259-3258) por lo menos un día antes de la cita

Si no viene a esta cita, o si llega tarde por más de 15 minutos, podrá hacer otra cita

Si no llega a la segunda cita, no recibirá otra cita hasta que el director ejecutivo y/o director medico dé su consentimiento.

---

Firma del paciente o garante

---

Fecha

