

Navarro County Ambulatory Care Association
 Dr. Kent E. Rogers Clinic
 618 North Main Street Corsicana, TX 75110
 903-874-6731*903-872-0126

FORMULARIO DE REGISTRO

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (por favor, escriba en molde en todas las secciones del documento)			
Apellido:	Nombre:	Inicial segundo nombre:	Sufijo:
Dirección:		Ciudad:	Codigo:
Condado:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Teléfono celular/principal:	¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Te gustaría recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono del trabajo:	¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono alternativo:	
Correo electrónico:		Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Portal del paciente	
¿Es el paciente menor de edad (menor de 18 años)? <input type="checkbox"/> Sí, en caso afirmativo, complete la Sección II <input type="checkbox"/> No, si no, omita la Sección II (nota: Si el paciente es menor de 18 años y está emancipado por el tribunal, pase a la Sección III. Se requiere documentación legal)			
SECCIÓN II: INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES (complete esta sección solo si el paciente es menor de edad, menor de 18 años).			
Padre con custodia o tutor legal (OBLIGATORIO)			
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Codigo:	Condado:
Teléfono celular/principal:	¿Podemos dejar un mensaje?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre con custodia <input type="checkbox"/> Tutor legal (si el paciente está bajo tutela legal, se requiere documentación legal)			
Padre sin custodia (si corresponde)			
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Codigo:	Condado:
Teléfono celular/principal:	¿Podemos dejar un mensaje: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:
SECCIÓN III: DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE:			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Opta por no revelar			
Nombre del cónyuge/pareja (si corresponde):			Teléfono del cónyuge/pareja:
Género actual: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado <input type="checkbox"/> Desconocido			
Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Opta por no revelar <input type="checkbox"/> Otro			
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay u Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Opta por no revelar <input type="checkbox"/> Otra cosa _____			
Pronombre Preferido: <input type="checkbox"/> ella, ella <input type="checkbox"/> él, él, su <input type="checkbox"/> ellos, ellas, suyas <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Opta por no revelar			
Condición de Hogar: <input type="checkbox"/> No Hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> La Calle <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Desconocido/No Reportado			
Raza (por favor, marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonese <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita, <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro Asiáticos <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Opta por no revelarlo			
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicoamericano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a ni Latino/a <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Opta por no revelar			
Estatus de Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No es estudiante			
Idioma preferido (ejemplo: Inglés, Español): _____			¿Necesitas un traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Navarro County Ambulatory Care Association
 Dr. Kent E. Rogers Clinic
 618 North Main Street Corsicana, TX 75110
 903-874-6731*903-872-0126

Empleo: <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Nombre del empleador:	Número de teléfono:
---	-----------------------	---------------------

Estatus de Trabajador Migrante: <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No Trabajador Agrícola <input type="checkbox"/> Temporario	¿Eres un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

SECCIÓN IV: PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (GARANTE)

Nombre de la persona financieramente responsable del paciente:	Relación: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre/Tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge
--	---

Dirección:	Ciudad:	Codigo:
------------	---------	---------

Fecha de Nacimiento:	Teléfono principal:	Número de Seguro Social:
----------------------	---------------------	--------------------------

SECCIÓN V: INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

¿Tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	Si su respuesta es sí, por favor marque y complete todo lo que corresponda:
---	--

Seguro Privado
 Nombre de seguro: _____ Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro Privado Secundario
 Nombre de seguro: _____ Subscriber's Name _____ Fecha de Nacimiento _____

Medicare
 Número de Medicare: _____ ¿Tiene seguro secundario de Medicare? Sí No
 En caso afirmativo, nombre del seguro secundario de Medicare: _____ # de Póliza secundaria _____

Medicaid
 Plan de Medicaid: _____ Número de Medicaid: _____

SECCIÓN VI: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (se requiere al menos un contacto de emergencia)

Nombre de amigo o familiar:	Relación:	Teléfono:
-----------------------------	-----------	-----------

Nombre de amigo o familiar:	Relación:	Teléfono:
-----------------------------	-----------	-----------

SECCIÓN VII: MOTIVO DE LA VISITA

Describe el motivo de su visita:

 ¿Estás embarazada? Sí No

AUTORIZACIÓN DE SEGURO PRIVADO PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a Navarro County Ambulatory Care Association , dba Dr. Kent E. Rogers Clinic, por cualquier servicio que me brinde el médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi contrato. También lo autorizo a divulgar a mi compañía de seguros o a su agente información sobre la atención médica, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros que se me proporcionan. Esta información se utilizará con el fin de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios.

Firma del paciente o padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años)	Fecha
---	-------

Solicitud de Beneficios del Programa
Toda la información es estrictamente confidencial

La Clínica Dr. Kent E. Rogers ofrece servicios con descuento en función de la capacidad financiera o la incapacidad de pago. Este programa requiere que obtengamos información sobre los ingresos y el hogar de cada paciente al que brindamos servicios. Si reúne los requisitos, pagará un monto con descuento por la atención. Por favor, ponga sus iniciales a continuación si está solicitando la Escala Móvil de Tarifas o no desea ser considerado.

Deseo ser considerado para la Escala Móvil de Tarifas y completaré la Solicitud de Beneficios del Programa y proporcionaré todos los ingresos e información requerida del Hogar. Entiendo que si no se presenta toda la información requerida, se retrasará la determinación de los servicios con descuento.

Los pacientes que se nieguen a ser considerados para la Escala Móvil de Tarifas no necesitan presentar información sobre sus ingresos y su hogar. Además, puede omitir el resto de la Solicitud de Beneficios del Programa.

No deseo ser considerado para la Escala Móvil de Tarifas, por favor reconozca marcando la casilla y proporcionando su firma y entiendo que los servicios tendrán un precio basado en las tarifas habituales.

Firma del paciente o padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años) _____
Fecha

SECCIÓN I: CABEZA DE FAMILIA (escriba en letra de imprenta todas las secciones del documento)

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	# de Dependientes
Dirección:	Ciudad:	Código:	Condado:
Fecha de nacimiento:	Seguro Social:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	

SECCIÓN II: INGRESOS (por favor complete para cada miembro adulto del hogar que esté empleado o tenga alguna fuente de ingresos)

Persona Empleada	Nombre de la empresa	Ingresos brutos (antes de impuestos)	Pagado con qué frecuencia (marque uno)
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Mensual
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual

Otras fuentes de ingresos

Manutención de los hijos \$	Pensión alimenticia \$	Desempleo \$	Discapacidad \$
Pensión/Jubilación \$	TANF \$	Seguro Social \$	Otros \$

SECCIÓN III: MIEMBROS DEL HOGAR (enumere a todas las personas en el hogar de las que es LEGALMENTE responsable, incluidos los menores de 18 años o que aún estén inscritos en la escuela secundaria y vivan en el hogar)

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Fecha de nacimiento	Edad	Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Fecha de nacimiento	Edad
1.			5		
2.			6.		
3.			7.		
4.			8.		

Al firmar a continuación, acepto que la Clínica Dr. Kent E. Rogers pueda comunicarse con cada empleador enumerado y / u otras agencias para confirmar mis ingresos. Proporcionaré un comprobante de ingresos con el fin de calcular mi descuento, si califico. Se me pedirá que documente mis ingresos con regularidad (anualmente si se proporciona una declaración de impuestos/mensualmente si se proporcionan talones de pago o seguro), y acepto informar a la clínica si hay algún cambio en los ingresos, el tamaño del hogar o la cobertura de seguro indicada anteriormente. Entiendo que ciertos servicios y/o artículos no pueden ser descontados. Acepto pagar mi copago en el momento de los servicios. Por la presente certifico que la información que he proporcionado es completa y correcta en la medida de mis posibilidades.

Firma del paciente o padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años) _____
Fecha

Navarro County Ambulatory Care Association
 Dr. Kent E. Rogers Clinic
 618 North Main Street Corsicana, TX 75110
 903-874-6731*903-872-0126

PATIENT REGISTRATION FORM

SECTION I: PATIENT INFORMATION (please print in all sections of the document)

Last Name:		First Name:		Middle Initial:	Suffix:
Street Address:			City:		Zip:
County:	Date of birth:		Social Security Number:		
Cell/Primary Phone:		May we leave message? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Would you like to receive text messages? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Work Phone:		May we leave message? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Alternate Phone:	
Email:		Preferred method of contact: <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Patient Portal			
Is the Patient a minor (under 18 yrs. old)? <input type="checkbox"/> Yes, if yes, complete Section II <input type="checkbox"/> No, if no, skip Section II (note: If the Patient is under 18 yrs. old and is emancipated by the court, skip to Section III. Legal documentation is required)					

SECTION II: PARENT/GUARDIAN INFO (complete this section only if the patient is a minor, under 18 yrs. old.)

Custodial Parent or Legal Guardian (REQUIRED)

Last Name:		First Name:		Date of birth:	
Street Address:			City:		Zip: County:
Cell/Primary Phone:		May we leave message: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Social Security Number:	
Relationship to Patient: <input type="checkbox"/> Custodial Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian (if patient is under Legal Guardianship, legal documentation is required)					

Non-Custodial Parent (if applicable)

Last Name:		First Name:		Date of birth:	
Street Address:			City:		Zip: County:
Cell/Primary Phone:		May we leave message: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Social Security Number:	

SECTION III: PATIENT DEMOGRAPHICS

Marital Status: Single Married Divorced Widowed Choose not to disclose

Name of Spouse/Partner (if applicable): _____ **Spouse/Partner's Phone:** _____

Current Gender: Female Male Undifferentiated Unknown

Gender Identity: Female Male Transgender Choose not to disclose Other

Sexual Orientation: Straight Lesbian, Gay or Homosexual Bisexual Unknown Choose not to disclose Something Else _____

Preferred Pronoun: She, Her, Hers He, Him, His They, Them, Theirs Ze, Hir Other Choose not to disclose

Homeless Status: Not Homeless Shelter Street Transitional Unknown/Unreported

Race (please check all that apply):

Asian Asian Indian Chinese Filipino Japanese Korean Vietnamese Samoan Other Pacific Islander

Native Hawaiian Guamanian or Chamorro Black/African American White American Indian/Alaska Native

Other Asian More than one race Choose not to disclose

Ethnicity:

Mexican Mexican American Chicano/a Puerto Rican Hispanic or Latino/a Cuban Not Hispanic or Latin/a

Unknown Choose not to disclose

Student Status: Full-Time Part-Time Not a Student

Preferred Language (example: English, Spanish): _____ **Do you need a translator?** Yes No

Navarro County Ambulatory Care Association
 Dr. Kent E. Rogers Clinic
 618 North Main Street Corsicana, TX 75110
 903-874-6731*903-872-0126

Employment: <input type="checkbox"/> Not Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part-Time	Employer Name:	Phone Number:
--	----------------	---------------

Migrant Worker Status: <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Not a Farm Worker <input type="checkbox"/> Seasonal	Are you a Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

SECTION IV: FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY (GUARANTOR)

Name of person financially responsible for patient:		Relationship: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Parent/Guardian <input type="checkbox"/> Spouse
Streer Address:	City:	Zip:
DOB:	Primary Phone:	Social Security Number:

SECTION V: INSURANCE INFORMATION

Do you have Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure	If you answered Yes, please check & complete all that apply:
<input type="checkbox"/> Private Name of Insurance Company: _____ Subscriber's Name _____ DOB _____	
<input type="checkbox"/> Secondary Private Name of Insurance Company: _____ Subscriber's Name _____ DOB _____	
<input type="checkbox"/> Medicare Medicare Number: _____ Do you have Medicare Secondary Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, Medicare Secondary Insurance Name: _____ Medicare Secondary Policy #: _____	
<input type="checkbox"/> Medicaid Medicaid Plan: _____ Medicaid Number: _____	

SECTION VI: EMERGENCY CONTACT INFORMATION (at least one emergency contact is required)

Name of friend or relative:	Relationship:	Phone:
Name of friend or relative:	Relationship:	Phone:

SECTION VII: REASON FOR VISIT

Please describe the reason for your visit:

Are you pregnant? Yes No

PRIVATE INSURANCE AUTHORIZATION FOR ASSIGNMENT OF BENEFITS/INFORMATION RELEASE

I, the undersigned, authorize payment of medical benefits to Navarro County Ambulatory Care Association, dba Dr. Kent E. Rogers Clinic, for any services furnished to me by the physician. I understand that I am financially responsible for any amount not covered by my contract. I also authorize you to release my insurance company or their agent information concerning health care, advice, treatment or supplies provided to me. This information will be used for the purpose of evaluating and administering claims of benefits.

Patient Signature	
_____ Patient or Parent/Guardian Signature (if patient is under 18 years old)	_____ Date

Navarro County Ambulatory Care Association
 Dr. Kent E. Rogers Clinic
 618 North Main Street Corsicana, TX 75110
 903-874-6731*903-872-0126

Application for Program Benefits
All information is strictly confidential

Dr Kent E. Rogers Clinic offers discounted services based on financial ability or inability to pay. This program requires us to obtain income and household information from each patient for whom we provide services. If you qualify, you will pay a discounted amount for care. Please initial below if you are applying for the Sliding Fee Scale or do not wish to be considered.

I wish to be considered for the Sliding Fee Scale and will complete Application for Program Benefits and provide all required Household income and information. I understand that failure to submit all the required information, will delay in the determination of discounted services.

Patients declining to be considered for the Sliding Fee Scale do not need to submit income and household information. In addition, you may skip the remainder of the Application for Program Benefits.

I **do not** wish to be considered for the Sliding Fee Scale, please acknowledge by checking the box and providing your signature and I understand services will be priced using customary fees.

 Patient or Parent/Guardian Signature (if patient is under 18 years old) Date

SECTION I: HEAD OF HOUSEHOLD (please print in all sections of the document)

Last Name:	First Name:	Middle Initial:	# of Dependents
Street Address:	City:	Zip:	County:
Date of Birth:	Social Security #:	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed	

SECTION II: INCOME (please complete for each adult household member who is employed or has any source of income)

Employed Person	Company Name	Gross Income (before taxes)	Paid How Often (check one)
			<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Semi-Monthly <input type="checkbox"/> Monthly
			<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Semi-Monthly <input type="checkbox"/> Monthly
			<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Semi-Monthly <input type="checkbox"/> Monthly
			<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Semi-Monthly <input type="checkbox"/> Monthly

Other Sources of Income

Child Support \$	Alimony \$	Unemployment \$	Disability \$
Pension/Retirement \$	TANF \$	Social Security \$	Other \$

SECTION III: MEMBERS OF THE HOUSEHOLD (list all individuals in household for whom you are LEGALLY responsible including minors under the age of 18 years old or still enrolled in High School and lives in the household)

Name (First, Middle, Last)	Date of Birth	Age	Name (First, Middle, Last)	Date of Birth	Age
1.			5		
2.			6.		
3.			7.		
4.			8.		

By signing below, I agree that Dr. Kent E. Rogers Clinic may contact each employer listed and/or other agencies to confirm my income. I will provide proof of income for the purpose of calculating my discount, if I qualify. I will be asked to document my income regularly (annually if tax return is provided/monthly if paystubs or insurance is provided), and I agree to inform the clinic if there are any changes to income, household size, or insurance coverage indicated above. I understand that certain services and/or items cannot be discounted. I agree to pay my copay at the time of services. I hereby certify that the information I have provided is complete and correct to the best of my ability.

 Patient or Parent/Guardian Signature (if patient is under 18 years old) Date