

## Formulario del Registro

¡Bienvenidos a la Clínica Whitman-Walker! Estamos muy felices de que usted quiera que nosotros le proveamos con su médico. Necesitamos que usted llene éste formulario para registrarse en la clínica. Dejenos saber si tiene preguntas o necesita ayuda. FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE.

Información Demográfica					
<b>Fecha Actual:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Número de Seguro Social:</b>	
<b>Nombre Legal</b>	<b>Nombre de pila</b>		<b>Segundo Nombre</b>	<b>Apellido</b>	
	<b>Nombre preferido si es diferente del nombre legal:</b>				
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Otro	<b>Indique si usted es transgénero/a</b>	<input type="checkbox"/> Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre
<b>Orientación Sexual</b>	<input type="checkbox"/> Gay	<input type="checkbox"/> Lesbiana	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Otro:
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Moreno o Africano-Americano		<input type="checkbox"/> Blanco		<b>Origen Étnico</b>
	<input type="checkbox"/> Nativos de las Américas o Alaska		<input type="checkbox"/> Asiático		
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o las islas pacíficas		<input type="checkbox"/> Más de una raza		
	<input type="checkbox"/> Nativo de las islas pacíficas		<input type="checkbox"/> No quiero responder		
	<input type="checkbox"/> Otra (indique):				<input type="checkbox"/> Hispano or Latino
					<input type="checkbox"/> Non-Hispano/Latino
					<input type="checkbox"/> Desconocido
<b>Lenguaje</b>	<b>Idioma que usted prefiere usar cuando recibe cuidado médico:</b>		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (Indique cual):		
Información de Contacto					
<b>Dirección</b>					<input type="checkbox"/> No se
	<b>Calle</b>		<b>Apartamento #</b>	<b>Distrito Electoral (en DC)</b>	
	<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	
La Clínica Whitman-Walker le mandará correo a ésta dirección, pero siempre usaremos sobres en blancos.					
Favor de proveernos un número de teléfono donde podríamos contactarse a Ud. y identificarnos como la Clínica Whitman-Walker.					
<b>Teléfono</b>	<b>Contacto #1</b>	<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Familiar/amigo	( )	<b>Contacto #2</b>	<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Familiar/amigo
<b>Información del Contacto de Emergencia</b>	Favor de proveernos con la información de contacto de una persona que podemos contactar durante una emergencia (nos identificaremos como la Clínica Whitman-Walker en el caso de emergencia)				
	<b>Nombre</b>			<b>Relación</b>	
	<b>Dirección</b>			<b>Teléfono</b>	
Servicios de la clínica Whitman-Walker					
<b>Servicios que a Ud. Le Interesan</b>	<input type="checkbox"/> Cuidado médico –especifique sus necesidades <input type="checkbox"/> Cuidados de VIH <input type="checkbox"/> Cuidado Primario <input type="checkbox"/> Ginecología				
	<input type="checkbox"/> Prenatal/Postnatal <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Transgénero				
	<input type="checkbox"/> Cuidado de salud para hombres que tienen sexo con hombres				
	<input type="checkbox"/> Consejería de Salud Mental		<input type="checkbox"/> Servicios Legales		
<input type="checkbox"/> Grupos de Apoyo					
<input type="checkbox"/> Tratamiento para Drogas/Alcohol					

## Pago por Servicios

	<b>¿Tiene Ud. alguna forma de seguro médico? :</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si Ud. contestó no, siga al próximo paso</i>			
<b>Información del seguro médico</b>	Si Ud. contestó sí, ¿qué tipo de seguro médico tiene? (indique todos que se aplican y nos provea toda la información pedida)	<input type="checkbox"/> Seguro Privado	Nombre del asegurador:	
		<input type="checkbox"/> Medicaid	¿De cuál estado?	¿Es una sociedad médica (HMO)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
		<input type="checkbox"/> Medicare	¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> sólo A <input type="checkbox"/> sólo B <input type="checkbox"/> A y B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> No sabe
		<input type="checkbox"/> DC Healthcare Alliance/Allianza ( <input type="checkbox"/> DC Chartered <input type="checkbox"/> HealthRight <input type="checkbox"/> Unison)		
	Favor de presentar su tarjeta de seguro para que podamos hacerle una copia para su archivo.			
<b>Persona Responsable</b>	¿Su seguro está a nombre de quien? <input type="checkbox"/> Ud. mismo <input type="checkbox"/> Otro: _____ (Nombre & relación)			
	¿Persona responsable es cliente de WWC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Si no aceptamos su seguro, le avisamos que se comunicó con su plan para escoger un proveedor que si acepta su seguro. Si escoge recibir cuidado con nosotros le cobramos la cuota completo para los servicios			
<b>¿No Tiene Seguro?</b>	Si no tiene seguro, tiene que reunirse con nuestro equipo de Beneficios Públicos. Es posible que usted califique para un seguro público o un descuento del costo de la cuota. Para poder determinar su elegibilidad, tiene que proveer documentos de su ingreso y residencia.			

### Reconocimiento de la responsabilidad de pagos de servicios y la asignación de beneficios

- Usted es responsable por todos los cobros y las cuotas de su cuidado, menos los que son cubiertos por seguro médico que aceptamos.
- Usted es responsable por todos los pagos de co-insurance y co-pay requerido por su seguro.