



# Greater Prince William Community Health Center

AN AFFILIATE OF THE GREATER PRINCE WILLIAM COMMUNITY HEALTH CENTER, INC

4379 Ridgewood Ctr. Dr #102, Woodbridge, VA 22192  
Phone: 703.680.7950 Fax: 703.680.7953

9444 Taney Road, Manassas, VA 20110  
Phone: 571.722.4590 Fax: 703.361.9198

## Forma de Registro

Fecha de Hoy:		Seguro Social.:			
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE:</b>					
Apellido:		Primer Nombre:		Inicial:	
				Status Marital (tache uno) Soltero / Casado / Divorciado Separado / Viudo/	
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro			Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Domicilio:			/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:	
				Tel.: ( )	
Trabaja el Paciente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El Paciente es Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro			
Empleador:		Número de Trabajo.: ( )			
Nombre de Padre/Madre si menor de edad:					
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO:</b>					
Quién es responsable por pagar la cuenta? Nombre:					
Tipo de Trabajo:	Fecha de Nacimiento: / /	Domicilio (Si es diferente):		Teléfono de Casa: ( )	
Nombre de quien tiene el Seguro Médico:		Nombre y Domicilio de Empleador:		Teléfono de Trabajo: ( )	
Relación Entre quien tiene el seguro médico usted y Paciente:	Seguro Social de esta persona:	Fecha de Nacimiento:	Número de Grupo:	Número de Póliza:	Pago que le toca: \$
	-	/ /			
<b>PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA:</b>		<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Otra Relación, que es:
Nombre de Amigo(a) o Otro Pariente que no Viva con Usted:					
La información que le proporcione arriba es correcta. Yo autorizo que mi seguro medico pague mi cuenta directamente a los medicos de la clinica. Yo entiendo que soy responsable por pagar el balance de mi cuenta que el seguro no cubra. También autorizo a Greater Prince William Community Health Center y a mi compañía de seguros para que puedan divulgar mi información para que puedan procesar mis cuentas o factures.		Relación al Paciente:	Tel. de Casa: ( )	Tel. de Trabajo: ( )	
Firma Paciente/Persona Responsable Legal: _____ Fecha: _____					



**Greater Prince William  
Community Health Center**

AN AFFILIATE OF THE GREATER PRINCE WILLIAM COMMUNITY HEALTH CENTER, INC

4379 Ridgewood Ctr. Dr #102, Woodbridge, VA 22192

9444 Taney Road, Manassas, VA 20110

Phone: 703.680.7950

Fax: 703.680.7953

Phone: 571.722.4590 Fax: 703.361.9198

---

**Permiso para Recibir Atención Médica General**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo autorizo que los doctores, enfermeras o enfermeras especialistas de Greater Prince William Community Health Center me examinen y me presten atención médica a mi o a mis dependientes mencionados arriba. Este permiso se mantendrá en efecto durante todo el tiempo en que yo reciba atención médica en este centro o hasta que sea cancelado por mi.

Yo autorizo que se me hagan exámenes de VIH, Hepatitis B y Hepatitis C, en caso de que you haya sido expuesto por accidente o en caso de que cualquiera otra persona haya estado en contacto con mis flujos corporales.

Firma del Paciente o de Adulto Responsable: \_\_\_\_\_

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

Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Aviso de Privacidad Médica**

Yo entiendo que, como paciente del Greater Prince William Community Health Center, yo estoy de acuerdo con las leyes que gobiernan a HIPAA, toda la información que yo haya proporcionado a la clínica, or todo resultado de estudios seran tratados en forma confidencial. Declaro haber recibido el Aviso de Privacidad Médica (Notice of Privacy Practices) por parte del Greater Prince William Community Health Center.

Firma del Paciente o de Adulto Responsable: \_\_\_\_\_

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

Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_



## Greater Prince William Community Health Center

AN AFFILIATE OF THE GREATER PRINCE WILLIAM COMMUNITY HEALTH CENTER, INC

4379 Ridgewood Ctr. Dr #102, Woodbridge, VA 22192

9444 Taney Road, Manassas, VA 20110

Phone: 703.680.7950

Fax: 703.680.7953

Phone: 571.722.4590 Fax: 703.361.9198

---

### **Permiso Para Cobrar a su Seguro Medico**

Yo autorizo que mis beneficios de mi seguro médico sean pagados a la clínica Greater Prince William Community Health Center (GPWCHC).

Yo entiendo que soy responsable para pagar por servicios no cubiertos por mi seguro, incluyendo servicios que mi compañía de seguros o Medicaid/Medicare digan que no son necesarios.

Yo autorizo que GPWCHC divulgue mi información necesaria a mi compañía de seguro medico para asegurar que paguen mi cuenta con la clinica.

Yo autorizo que los medicos de GPWCHC puedan hacerme tratamientos medicos, administrar medicina or anestéticos locales, al igual que les autorizo que me puedan hacer intervenciones quirurgicas necesarias mientras sean necesarios para mi tratamiento medico.

Para que los medicos puedan continuar con mi tratamiento medico sin interupción alguna, yo autorizo que los medicos de GPWCHC den mi información a medicos especialistas cuando sea necesario para mi tratamiento o para establecer citas medicas para mi.

Finalmente, si yo no tengo seguro médico, yo entiendo que soy responsable por todo pago que se le deba a GPWCHC por todo tratamiento, medicina, estudio, o intervención médica que se me haga por los médicos o representates de GPWCHC.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente or Padre de menor de edad

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o de Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Aviso de Llegar Tarde a Una Cita**

Por favor noten que todo Paciente que llegue 15 minutos tarde para su visita, NO SERA VISTO! Le cambiaremos la cita, sin costo adicional. Si aun quiere ser visto por el Médico, aun cuando ya llego tarde, se le cobrara el costo de \$10.00 adicionales y le encontraremos una cita ese mismo día.

He leído y entiendo completamente el Aviso de Llegar Tarde a una Cita.

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

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



# Greater Prince William Community Health Center

AN AFFILIATE OF THE GREATER PRINCE WILLIAM COMMUNITY HEALTH CENTER, INC

4379 Ridgewood Ctr. Dr #102, Woodbridge, VA 22192

9444 Taney Road, Manassas, VA 20110

Phone: 703.680.7950

Fax: 703.680.7953

Phone: 571.722.4590 Fax: 703.361.9198

---

## **Reglas de Cancelación de Citas**

Si usted necesita cancelar o cambiar el día o la hora de su cita, por favor llamar al 703.680.7950. Todas las cancelaciones deberán hacerse por lo menos con 24 horas de anticipación a menos de que haya alguna emergencia imprevista. En caso de que nadie conteste su llamada, por favor dejar mensaje cancelando la cita y dejar su nombre y número de teléfono. Faltar a su cita sin la debida notificación por adelantado será considerado como un "NO SHOW" o inasistencia y se le cobrara un honorario de \$25 dolares.

He leído y entiendo completamente las Reglas de Cancelación de Citas.

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

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

## **Permiso Para Dar su Información A Otros Médicos, Instituciones o Familia**

Cada año debemos obtener su permiso para poder dar su información médica y privada a otros miembros de su familia que usted asigne o a otras oficinas de doctores que requieran saber de su estado médico para proporcionarle atención médica.

También, si su hijo(a) son menores de edad, necesitamos su permiso para dar los resultados de exámenes físicos a las escuelas que requieran la información.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo autorizo el intercambio de información entre la clínica Greater Prince William Community Health Center Y:

Y la razón por la cual autorizo este intercambio es por la siguiente razón:

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente or Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Nuestra Mision:**

*Nuestra Meta en la clínica Greater Prince William Community Health Center es proporcionar atención médica a las comunidades y residentes de Prince William County, Manassas y Manassas Park que sea comprensivo, de calidad, y preventivo. Además tratamos de proporcionar la atención médica al respetar las diferencias entre las culturas en nuestras comunidades, e intentamos ayudar a los residentes de escasos recursos y que no sean ayudados por otros programas similares.*