



Registración del Paciente

Site : _____

Staff Initials: _____

Información del Paciente					
Apellido		Nombre		Segundo Nombre	
Número de Seguro Social		Edad		Fecha de Nacimiento	
Dirección				Apt. No.	
Ciudad		Estado		Código Postal	Condado
Teléfono # 1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono # 2 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Correo Electrónico	
Nos permite mandarle un correo electrónico para informes o recordatorios de su cita?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nos permite mandarle un texto a su celular con información o recordatorio de su cita?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Información de persona responsable (cualquier paciente menor de 18 años debe tener una persona responsable)					
Yo soy: <input type="checkbox"/> Paciente (18 años o mayor) <input type="checkbox"/> Padre de la Custodia <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo					
Apellido		Nombre		Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms.
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
Número de Seguro Social		Teléfono # 1 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono # 2 <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
Contacto de Emergencia					
llamaremos a este contacto si usted se pone muy mal o necesita asistencia mientras esta en la clínica o si tenemos información importante de su salud y no lo/a podemos contactar.					
Nombre		Relación		Teléfono	
Nombre		Relación		Teléfono	
Como somos un Centro de Salud que recibe fondos federales necesitamos coleccionar cierta información. Todas las respuestas serán confidenciales.					
Estatus Matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unión Civil		Raza <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Negro/ Afro Americano <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico		Idioma primordial si no es inglés: Necesita un intérprete <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Etnicidad? Origen Étnica <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	
Servicio Militar (Se refiere al Paciente) Es usted un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Vive usted en una vivienda publica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Empleo Agricultura (paciente o padres si es menor de edad) Es usted empleado todo el año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Usted se muda frecuentemente para trabajar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Es usted un agricultor retirado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si usted quisiera calificar para nuestro programa de descuento por favor llene esta información o indique que usted está sobre el nivel federal de pobreza: Sobre el Limite ____ No Sobre el Limite ____ Tamaño de la Familia: _____ Ingresos del Hogar: _____	
Como escucho de nosotros? <input type="checkbox"/> Referencia de Hospital <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Página de Internet <input type="checkbox"/> Referencia de Doctor/Dental <input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Trabajo			Vivienda Donde durmió usted anoche? <input type="checkbox"/> en mi casa/apartamento <input type="checkbox"/> con amigo/familiar <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> No tengo un lugar		



Registración del Paciente

Site : _____

Staff Initials: _____

Información de a seguridad	Información de a seguridad secundaria
<input type="checkbox"/> Yo tengo a seguridad médica (mirar información abajo) <input type="checkbox"/> Yo no tengo seguro medico <input type="checkbox"/> Yo quisiera aplicar para el descuento	<input type="checkbox"/> Yo tengo a seguridad Dental (mirar información abajo) <input type="checkbox"/> Yo no tengo seguro medico <input type="checkbox"/> Yo quisiera aplicar para el descuento
Nombre de compañía de seguros:	Nombre de compañía de seguros :
Nombre de asegurado:	Nombre de asegurado:
Numero de Póliza:	Numero de Póliza:
Dirección de envío de a aseguradora:	Dirección de envío de a aseguradora:
Número de Seguro Social del Asegurado:	Número de Seguro Social del Asegurado:
Fecha de Nacimiento del Asegurado:	Fecha de Nacimiento del Asegurado:
Lugar de empleo del asegurado:	Lugar de empleo del asegurado:
Divulgación De Información/Responsabilidad Financiera: Yo autorizo al Centro de Salud CommuniCare (CCHC) que comparta mi historial médico u otra información necesaria para procesar todos los reclamos a mi seguro de gastos médicos. Yo autorizo pagos del seguro directos a CCHC. Estoy de acuerdo y soy responsable de los pagos de servicio no pagados por el seguro, al igual que los deducibles, u otros pagos necesarios. Estoy consciente que al fallar a no pagar se podrán terminar los servicios que la clínica me provee. Copia de este documento es válido al igual que la original. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí en escrito.	

Acuerdo de Revisión de las Políticas de Privacidad, Derechos y Responsabilidades del Paciente, y Sugerencias para la Prevención de Infecciones

He revisado la **Políticas de Privacidad** de los Centros de Salud CommuniCare, donde se explica como mi información medica y psicológica será usada y revelada, los **Derechos y Responsabilidades del Paciente**, en la cual describe mis derechos como paciente de los Centros de Salud CommuniCare y así mismo define mis responsabilidades como paciente, y la forma de sugerencia (the Joint Commision Handout **Speak Up**), donde explica que puedo hacer para prevenir una infección. Entiendo que tengo el derecho de recibir copia de todos o cualquiera de estos documentos. Entiendo la información declarada en estos documentos y al igual se me dio la oportunidad de hacer preguntas.

Iniciales _____

Consentimiento para Recibir Servicios

Leído por el paciente o por el representante legal del paciente/padre:

Los centros de Salud CommuniCare (CCHC) brindan servicios sin importar raza, lugar de residencia, religión, ingreso, sexo, edad, lugar de origen, color, preferencia sexual, o preferencia del uso de anticonceptivos. Estoy de acuerdo al tratamiento médico, tratamiento dental, historial de prescripciones electrónicas y la evaluación diagnostica para mí o para el paciente por el cual soy el padre o representante legal.

En caso de que algún empleado de la clínica sea expuesto severamente a mi sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento a la prueba anónima de sangre que previamente proporcione para evidencia de transmisión sanguínea de una infección viral. Estoy de acuerdo que exámenes para ciertas enfermedades transmisibles puedan ser reportadas a las agencias de salud pública, requerida por la ley.

Yo entiendo que los centros de Salud CommuniCare (CCHC) compartirán información sobre la salud del paciente de acuerdo a las leyes federales y estatales para tratamiento, pagos, y operaciones.

Entiendo que tendré la oportunidad de discutir con mi proveedor de CCHC la naturaleza y el propósito de los tratamientos y procedimientos recomendados, al igual que métodos alternativos. Entiendo que este consentimiento es válido, a menos de ser anulado por escrito lo cual puede ser en cualquier momento.

Firma de Autorización	
Firma del Paciente: _____	Fecha: _____
Firma del Padre o Tutor (si es menor de edad): _____	
Relación con paciente: _____	Fecha: _____