



FORMA DE REGISTRO
 MEDICAL / DENTAL / BEHAVIORAL
 (Por favor imprima)

Fecha De Hoy:

Médico de Atención Primaria (PCP):

PACIENTE INFORMACIÓN

Apellido del Paciente:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Si no, cual es si nombre legal?		(Nombre anterior):		Fecha de Nacimiento: / /	
Padre/ Tutor Nombre:		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Niega a contestar <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Homosexual		Edad:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección de la calle:				P.O. Box:		Cuidad:	
Número de Seguro Social:		Numero de Teléfono Durante El Día:		Numero de Teléfono Alternativo:		Estado:	
Correo Electrónico:		Contacto de Preferencia: <input type="checkbox"/> Durante El Día <input type="checkbox"/> Alternativo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> No Contacto		Código de ZIP:			
Ocupación:		Empleador:		Numero de Empleador:			
Idioma (s) Habladas:		Veterano? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Trabajador Agrícola? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Sin Hogar? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Raza:		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No Declarada					
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispánica <input type="checkbox"/> Desconocido		Necesita un Traductor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Tipo: _____			
Vive en Vivienda pública? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Si es así, es un lugar de alta, baja, sección 8 u otra? (circula uno)					
Número del Familia Inmediata En El Hogar: _____		Cuidador Primario:		Número del Telephone:			
Ingresos Mensuales Del Hogar \$ _____							

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

(Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista.)

Información del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento: / /		Dirección (si es diferente):		Numero de Teléfono durante el día:	
Es esa persona paciente aquí? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		SSN#		Relación al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Pajarea <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro			

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de una amiga o pariente:		Relación al Paciente:		Numero de Teléfono Durante el día:		Numero Alternativo:	
Autorizado a libre información? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Han avanzado Directiva o testamento de vida? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					

La información que antecede es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mí las prestaciones del seguro se paga directamente al médico. Yo entiendo que soy responsable por cualquier balance. Autorizo también Community Health Service Agency, Inc. O de una compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamaciones.

Paciente/ Guardián Firma

Fecha



Amistad Community Health Center Paciente Reconocimiento

Imprime Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Reconocimiento de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad Reconozco que he recibido una copia de la Amistad Community Health Center Aviso de Prácticas de Privacidad, que entró en vigor en septiembre 23, 2013. Iniciales: _____

Reconocimiento de Revisión a los Derechos y Responsabilidades de Paciente

Este aviso describe las responsabilidades a la Amistad Community Health Center. Yo estoy de acuerdo con todas las condiciones de tratamiento en la Amistad Community Health Center, como describió en los Derechos y Responsabilidades de Paciente. Si tengo preguntas en cuanto a los Derechos y Responsabilidades de Paciente, puedo preguntarle al personal del centro. Iniciales: _____

Consentimiento para Tratamiento

Por la presente, y voluntariamente doy consentimiento y autorizo a los proveedores para proveer cuidado de salud para mí en una de las ubicaciones y centro de servicio. Los servicios de cuidado de salud pueden incluir, sin limitación, físico de rutina y evaluación mental; análisis diagnósticos, análisis de monitoreo y procedimientos; exámenes y tratamiento médico o dental; análisis laboratorio de rutina; radiografías y otros estudios de imagen; administración de medicamento; procedimientos y tratamientos recetados por proveedores del centro de salud. Los servicios de cuidado de salud pueden incluir asesoramiento necesario para recibir servicio apropiado incluyendo planificación familiar (como definidos por leyes federales y regulaciones). Una persona que firma su consentimiento para rendimiento de exámenes médicos o procedimientos no es requerida a firmar o ser presentada con una forma específica relacionada a exámenes médicos o procedimientos para determinar infección de VIH, anticuerpos a VIH, o infección con cualquier otro causante probable de SIDA que será realizado en la persona durante el tiempo por el cual el consentimiento esta en efecto. Yo entiendo que me pedirán firmar un consentimiento separado para vacunas administradas a mí y que me pedirán firmar un consentimiento separado para la vacuna de la influenza (Flu). Yo entiendo que hay un consentimiento separado que me pedirán firmar para procedimientos realizados en la oficina. Yo entiendo que existen ciertos riesgos y peligros conectados con cualquier forma de tratamiento, y mi consentimiento se da sabiendo esto. Yo entiendo que este consentimiento es válido y sigue en efecto todo el tiempo que yo sea paciente del centro, hasta que yo retire mi consentimiento, o hasta que el centro cambie sus servicios y me pidan completar una forma de consentimiento nueva.

Iniciales: _____

Política de Co-pago

Algunas aseguradoras médicas requieren que el paciente a pagar un co-pago por los servicios prestados. Es de esperar y se aprecia en el momento en que el servicio es prestado a los pacientes a pagar por CADA VISITA. En caso de que la prueba de ingreso, puede calificar para usar nuestras tarifas para servicios que no están cubiertos por su seguro o por los cargos que se aplican a su deducible. Esto no se aplica a los cargos que requieren un copago o co-pago del seguro. Gracias por su cooperación en este asunto.

Iniciales: _____

Cancelación / Política de No Show

Entendemos que hay momentos en los que puede perder un cita, debido a las situaciones de emergencia o de las obligaciones en el trabajo o la familia. Sin embargo, le instamos a que de aviso 24 horas antes para cancelar su cita. Si usted no se presenta de tres (3) citas consecutivas en un año, usted puede ser despedido de la de clínica. La clínica le notificará por escrito, por correo certificado, si usted es despedido de la atención. Iniciales: _____

Auto-Pay

Yo no tengo seguro de salud y seré responsable de los servicios que se prestan a La Amistad Community Health Center estoy de acuerdo con pagar la plena y total para el tratamiento dado a mí o a la paciente en la fecha se prestan sus servicios. Tengo entendido también que voy a ser considerado como un "sueldo completo" paciente en caso de que la prueba de ingresos no es presentada en mi segunda visita.

Iniciales: _____

Consentimiento para el tratamiento y la autorización para obtener información

Por la presente autorizo a La Amistad Community Health Center, a través de su personal apropiado, para realizar o haber realizado sobre mí, o los mencionados paciente, una adecuada evaluación y procedimiento de tratamiento de para administrar medicamentos, servicios preventivos, los procedimientos médicos y dentales, pruebas de diagnóstico y terapias son razonables y habituales en la prestación de los servicios primarios de salud y cuidado dental y para tratar cualquier condición que se diagnostica y me explicó. Yo autorizo cualquier La Amistad Community Health Center personal o de un proveedor de información de salud en un mensaje de correo de voz y/o un contestador automático en el siguiente número de teléfono que aparece en la siguiente página.



Community Health Service Agency, Inc. Paciente Reconocimiento, Hipaa Liberar de Información

Imprime Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Terminacion

Podemos decidir dejar de tratarlo como paciente. Si se decide no darle tratamiento a usted como paciente, usted tiene el derecho de ser notificado con anticipación y de saber la razón de la decisión y se le dará 30 días para tratar de encontrar otros servicios de salud. Después de la notificación de terminación, solo prestar atención urgente de un periodo de 30 días, mientras que encontramos un nuevo proveedor. Podemos decidir dejar de tratar de inmediato y sin previo aviso, si hemos determinado que usted ha creado una amenaza para la seguridad del personal y/o otros clientes. Usted también tiene derecho a recibir una copia de nuestra política de cancelación. Otras razones por las que podemos dejar de ver que se incluyen: el incumplimiento de las reglas, incumplimiento de las citas programadas tres (3) veces, incumplimiento intencional de reportar información correcta acerca de su salud, incumplimiento intencional de seguir el programa de cuidados, como acerca de cómo tomar las medicinas, prácticas personales de salud, o citas de seguimiento recomendadas por su doctor, crear una amenaza para la seguridad del personal y/o clientes y/o abuso verbal o físico o acoso al personal del Centro, y incumplimiento intencional de reportar correctamente el estado financiero. Si le hemos dado su notificación, usted tiene el derecho de apelar a la Junta Directiva.

He recibido una copia de este documento en un panfleto. Iniciales: _____



Community Health Service Agency, Inc. Paciente Reconocimiento, Hipaa Liberar de Información

Imprime Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

También autorizo La Amistad Community Health Center, Para liberar a las agencias correspondientes, la información adquirida en el transcurso de mí o el anteriormente denominado examen del paciente y el tratamiento Iniciales: _____

Nombre:

Fecha:

Relación:

Ok dejar mensaje SI NO
Liberar información Medica? SI NO

Número de Teléfono: _____

Nombre:

Fecha:

Relación:

Ok dejar mensaje SI NO
Liberar información Medica? SI NO

Número de Teléfono: _____

Yo entiendo la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que son respondidas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con todas las condiciones del tratamiento en Community Health Service Agency, Inc. como se ha descrito anteriormente. Si yo no soy el paciente, Yo certifico que estoy autorizado por la ley de acuerdo con estas condiciones de tratamiento en el paciente.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Garante (Si no es el paciente)

Imprime Nombre del Garante