

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre _____

Dirección _____ # de Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la casa () _____ Celular () _____ Trabajo () _____

Correo electrónico _____

Método Preferido de Comunicación (*Marque todas las que apliquen*): Texto Correo electrónico Teléfono

Fecha de nacimiento _____ - _____ - _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____ * Información requerida para pacientes con seguro.
Mes Día Año

Farmacia _____

Etnicidad Hispano/Latino Non-Hispano/Latino

Raza **Marque todos que apliquen* Indio americano Asiático Afroamericano
 Nativo hawaiano Otro isleño pacífico Blanco Otro

Sexo: M F

Identidad Sexual: Masculino Femenino Transgénero masculino
* Para pacientes mayores de 18 años Otro No deseo especificar Transgénero femenino

Orientación Sexual Heterosexual Gay/lesbiana Bisexual
* Para pacientes mayores de 18 años No especificada En duda/sin determinar No deseo especificar

Estado Civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Legalmente separado/a Compañero/a de vida

Empleo De tiempo completo De tiempo parcial Sin empleo y buscando trabajo
 Sin empleo, no buscando trabajo (ex. Jubilado, discapacitado, cuidador no pagado)

Empleador _____

Estudiante De tiempo completo De tiempo parcial Escuela _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono () _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Idioma preferido Inglés Español Marshallese Otro _____

¿Necesita intérprete? Sí No

Account# _____

¿Es veterano? Sí No

¿Cómo se enteró de Community Clinic?

Agencia de servicio social
 Radio/periódico

Amigo o familiar
 Escuela
 Internet/redes sociales

Oficina de doctor
 Connect Care/Medicaid
 Departamento de salud

Sala de emergencia
 Sin cita previa

Favor de proveer la información siguiente sobre su seguro médico:

Nombre de la compañía de seguro _____ Número de póliza _____

Nombre del poseedor de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____ * Información requerida

Número de seguro del poseedor de la póliza _____ Número de grupo _____

Nombre del empleador del poseedor de la póliza _____

Descuentos disponibles para los que califiquen. Pregunte al personal de la clínica para más información.

Para proteger su privacidad, Community Clinic solicita que usted enliste a los miembros de su familia, amigos, o alguna otra persona que pueda tener acceso o indagar sobre su Información de Salud Protegida (PHI), la cual incluye registros dentales, registros médicos, facturación e información financiera.

Esta autorización puede ser modificada o revocada en cualquier momento con un aviso por escrito a la clínica.

Yo, _____ doy permiso a Community Clinic que otorgue a las siguientes personas el acceso a mi información de salud protegida:

Para pacientes menores de 18 años, favor de llenar la información siguiente sobre los padres/tutores con derechos de custodia.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre _____

Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono primario () _____

Dirección _____ # de apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre _____

Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono primario () _____

Dirección _____ # de apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Account# _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre _____

Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono primario () _____

Dirección _____ # de apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO MEDICO O DENTAL:

- Doy permiso al proveedor de salud y a su personal de administrar el tratamiento necesitado.
- Entiendo que no se pueden garantizar los resultados del tratamiento.
- Doy permiso para que estudiantes supervisados estén presentes durante mi visita, pero puedo pedir que se retiren en cualquier momento.

CITAS:

- Estoy de acuerdo en que voy a llegar a tiempo a mis citas.
- Entiendo que debo llamar a la Clínica con 24 horas de anticipación para cancelar una cita.
- Entiendo que si pierdo 3 citas sin avisar (con 24 horas de anticipación) puedo ser despedido de la Clínica.

AVISO DE PRIVACIDAD:

- Tuve la oportunidad de leer y solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica (la forma HIPAA).

RESPONSABILIDAD FINANCIERA O DE PAGO

- Yo proveeré la información de mi plan de seguro médico a Community Clinic y permitiré la información necesaria de mi historia médica, diagnosis y tratamiento para los propósitos de reclamos médicos y pagos del seguro médico.
- Entiendo que se espera que yo pague a Community Clinic por los servicios recibidos.

RECETAS MEDICAS

- Toda petición para volver a surtir sus medicamentos puede tomar hasta 72 horas. Si una petición es hecha un día viernes puede ser que no sea completada hasta el día martes. Debido a esto, se le recomienda a los pacientes que hagan su petición de medicamentos cinco (5) días antes de quedar sin sus medicinas para evitar una demora en satisfacer su petición.

ACCESO A ARCHIVOS/RECORDS MEDICOS:

(Iniciales aquí)

- Estoy de acuerdo que toda la información protegida de salud pueda estar disponible electrónicamente a través del intercambio de información de salud electrónica a otros proveedores y planes de salud que requieran mi información para efecto de tratamientos y pagos. Entiendo que la participación en el intercambio de información de salud electrónica también permite que Community Clinic vea mi información para propósito de tratamientos y pagos. Estoy de acuerdo que mi información esté disponible para reclamos de pagos de cuidados de salud y para el intercambio de información de salud.
- Estoy de acuerdo en que los archivos/records médicos sean usados para la evaluación de programas, proyectos y estudios profesionales, entendiendo que toda la información personal que me identifique será removida.

Esta forma debe ser firmada por el paciente o el padre/tutor del paciente antes de recibir cualquier tratamiento.

Account# _____

Yo, _____, he leído y entiendo este documento.
(Escriba el nombre del paciente)

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Fecha