



Salud de la Comunidad del Area de la Bahia - Registro de Paciente

Revised 05/2020

Nombre Del Paciente: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio: _____
Calle Apt. # Ciudad Codigo Postal

Numero de Telefono: (____) _____ (____) _____ (____) _____
Casa Trabajo Celular

¿Tiene un Número de Seguro Social? Yes No Numero de Seguro Social: _____

¿Es su número de Seguro Social sólo para empleo? Yes No Si es estudiante, el nombre de la escuela: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Mes / Día / Año Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Por favor, indique si es aceptable para nosotros dejar un correo de voz confidencial que puede incluir resultados de pruebas, información de recetas, o cualquier otra información médica relacionada con su salud. Esto reducirá la necesidad de que devuelva nuestra llamada si no tiene más preguntas. Debe ser un número de teléfono en el que **sólo usted o cualquier persona que se sienta cómodo al escuchar su información médica.**

Número de teléfono en el que se puede dejar el mensaje: (____) _____ Sí puede dejar un mensaje con mi información de salud No deje el mensaje con mi información de salud

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Por favor seleccione todo lo que aplique: Correo Texto Teléfono Correo Electronico: _____

Situación de vida: Mi Casa/Apartmento Refugio Compartamiento de Espacio Calle/Vehículo
¿Dónde pasó anoche? Vividnda de apoyo transitoria/permanente Otro

¿Cómo te enteraste de nosotros? Radio Foleleto Evento Amigo/Relativo Internet Otro: _____

Identidad General: Masculino Femenino Hombre Transgénero Mujer Trangénero Otro Decido de no revelar
Orientación Sexual: Lesbian/Gay Bisexual No Sé Heterosexual Otro Decido de no revelar

Etnicidad: No soy Latino/Hispanic Latino/Hispanic Raiz: Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Afroamericano/ Negro Nativo Hawaiano Asiático Otras Islas del Pacífico

Nivel de Educación Completado: Menos de la secundaria Graduado de la secundaria Algun Nivel de Colegio/Carera técnica Licenciatura o educación más alto Es usted un veterano? Si No

Es un trabajador migrante? Si No

Ingresos: ¿Cuánto dinero hace su hogar total antes de impuestos? Incluya cualquier dinero que cualquier persona que viva en su casa traiga:
\$ _____ marcar uno: Semanal Quincenal Mensual Anual

Tamaño de Familia: Numero de personas viviendo con usted: _____

En que idioma se debe proporcionar su información? Ingles Espanol Mandarin Hindi Farsi Vitnamita Otro _____

Puede hablar con su proveedor en Ingles? Si No

En caso de una emergencia Contacto de amigo/relativo: _____ (____) _____
Nombre Relación Telefono #
Si es menor, nombre de la madre/tutor: _____ Si es menor, nombre del padre/tutor: _____



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Firmando abajo, yo el paciente de la firma de abajo, (o representante autorizado, o padre/tutor), consiento y autorizo la realización de cualquier tratamiento, examen, servicio médico, procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico, incluyendo estudios de laboratorio y radiográficos, ordenado por esta oficina y sus proveedores de atención médica.

Firma del Paciente o Tutor Legal (si es menor de edad): _____ Fecha: _____

Nombre y relación (si no es paciente): _____

ACUERDO DE PAGAR TRATAMIENTO

Yo, la persona responsable, acepto pagar todos los cargos presentados por esta oficina durante el curso del tratamiento para el paciente. Si el paciente tiene cobertura de seguro con una organización de atención administrada, con la que esta oficina tiene un acuerdo contractual, acepto pagar todos los copagos, coaseguros y deducibles aplicables, que surjan durante el curso del tratamiento para el paciente. La persona responsable también se compromete a pagar por el tratamiento prestado al paciente, que no se considera un servicio cubierto por mi aseguradora y / o un tercero asegurador u otro pagador. Entiendo que Salud de la Comunidad del Area de la Bahia (BACH) ofrece cargos por una tarifa deslizando; en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales del hogar, y que los servicios no serán rechazados debido a la incapacidad de pagar en el momento de la visita.

La Persona Responsable (Apellido, Nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____ Genero: _____

Nombre y relación: _____ # seguro social: _____

Estado de Empleo: _____ Telefono primario: _____

Dirección (si es diferente de el paciente): _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El aviso de prácticas de privacidad de Salud de la Comunidad del Area de la Bahia (BACH) da información sobre cómo BACH puede usar y divulgar información protegida de salud (PHI) sobre usted.

Entiendo que:

- Tengo derecho de recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de BACH
Puedo solicitar una copia en cualquier momento
El Aviso de Prácticas de Privacidad de la BACH puede ser revisado

Firmando abajo, reconozco lo anterior y que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de BACH.

Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre y relación (si no es paciente): _____

RECONOCIMIENTO DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Una Directiva médica Anticipada es un documento por el cual una persona toma disposiciones para las decisiones de atención médica en caso de que, en el futuro, se vuelva incapaz de tomar esas decisiones. Por favor seleccione una opción abajo:

- Si, tengo una Directiva Anticipada / voluntad de vida / poder de abogado duradero para decisiones médicas o de atención médica.
No, tengo una Directiva Anticipada / voluntad de vida / poder de abogado duradero para decisiones médicas o de atención médica.
Si, Me gustaría obtener más información sobre las directivas anticipadas.
No, me gustaría obtener más información sobre las directivas anticipadas.

Si usted tiene una Directiva anticipada, por favor asegúrese de enviarnos una copia, en persona o por correo (_____)

Firmando abajo, reconozco que he recibido la información sobre Directivas del Anticipadas

Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre y relación (si no es paciente): _____