

## FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Apellidos del paciente:		Primer nombre:		Inicial del segundo nombre:		Fecha de nacimiento:		Sexo al nacer: M      F		¿Es usted Veterano? Y      N		
Correo electrónico:						Número de Seguro Social:						
Dirección donde recibe correo postal:				Apto/Unidad #		Ciudad:			Estado:		Código postal:	
Dirección física:				Apto/Unidad #		Ciudad:			Estado:		Código postal:	
Por favor marque la casilla correspondiente a su número de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de casa: _____ <input type="checkbox"/> Otro teléfono: _____												
Aseguranza: <input type="checkbox"/> No tengo seguro médico												
			Primaria Médica/Salud mental			Secundaria Médica/Salud mental			Dental			
Nombre												
ID #												
Grupo #												
Farmacia, Ciudad, Estado, Código postal			Estado de empleo:			Padre o guardián o adulto responsable para menores de 18 años:						
Nombre: _____			Empleado      Desempleado      Retirado			Nombre: _____						
Dirección: _____			Estudiante      Independiente      Temporada			Dirección: _____						
Teléfono: _____			Niño      Migratorio/ Agricultor por temporada			Teléfono: _____						
						Fecha de Nacimiento: _____						
						Relación:    Pareja      Hijo/a      Otro						

### INGRESOS ECONÓMICOS DEL HOGAR Y TAMAÑO DE LA FAMILIA

Ingreso económico estimado del hogar (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Semanal _____ <input type="checkbox"/> Mensual _____ <input type="checkbox"/> Anual _____			Numero de dependientes financieros viviendo en su casa (incluido usted mismo)		
---	--	--	---	--	--

### PLEASE CIRCLE:

RAZA (SELECCIONE UNO)	LENGUAJE PRIMARIO (SELECCIONE UNO)	ETNIA (SELECCIONE UNO)	IDENTIDAD DE GÉNERO (SELECCIONE UNO)	ORIENTACIÓN SEXUAL (SELECCIONE UNO)
INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	LENGUA DE SEÑAS AMERICANA	HISPANO O LATINO	ELIJE NO DIVULGARLO	BISEXUAL
ASIÁTICO	INGLÉS	NO HISPANO O LATINO	FEMENINO	ELIJE NO DIVULGARLO
NEGRO O AFROAMERICANO	FRANCÉS		QUEER	NO SABE
NATIVO HAWAIANO	ESPAÑOL	NO INGRESADO	MASCULINO	GAY O LESBIANA
OTRO ISLEÑO DEL PACIFICO	OTRO:		OTRO	ALGO MÁS
BLANCO			TRANSGÉNERO MUJER/TRANSGÉNERO FEMENINO	HETEROSEXUAL
			TRANSGÉNERO HOMBRE/TRANSGÉNERO MASCULINO	

### IN CASE OF EMERGENCY

Por favor díganos a quien podemos contactar en caso de una emergencia (Padre o guardián en caso de que el paciente sea menor de 18 años). Una emergencia sería sangrado severo, contusiones, accidente o una condición que requiera transporte u hospitalización. Servicios de planificación familiar no requiere permiso de los padres; aun así, en una situación de emergencia si usted es menor de 18 años vamos a notificar a un padre o guardián. ¿La persona descrita abajo sabe que usted está recibiendo servicios aquí?

Y     N

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE, continuación

Apellidos del paciente:

Primer nombre:

Fecha de nacimiento:

## CONSENTS

Para establecerlo como paciente de la Clínica Comunitaria del Condado de Summit (Summit Community Care Clinic), por favor revise cada uno de los siguientes avisos, ponga sus iniciales y firme al final que usted acepta los consentimientos de la Clínica Comunitaria. Copias de estos consentimientos son entregadas a usted en forma impresa y también se encuentran disponibles en [www.summitclinic.org](http://www.summitclinic.org)

### RECONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD:

Yo reconozco haber recibido y leído una copia completa de las Normas de Privacidad de la Clínica Comunitaria. Además reconozco que, hasta la fecha de hoy, no tengo preguntas con relación a las Normas de Privacidad de la Clínica Comunitaria. Iniciales \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE CUIDADO MÉDICO:

Yo reconozco haber recibido y leído una copia completa del Consentimiento de Tratamiento, Consentimiento para participar en Telemedicina para citas médicas, dentales y de salud mental. Voluntariamente consiento el tratamiento médico, dental o de salud mental, procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos y otros servicios de salud que pueden ser ordenados por mi proveedor médico, dental y de salud mental que participen en mi

### RECONOCIMIENTO Y RECIBO DE ACUERDO FINANCIERO:

Yo reconozco haber recibido y leído una copia completa del Acuerdo Financiero. Por medio de la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro a la clínica comunitaria. Acepto la responsabilidad de algún balance pendiente no pagado en mi cuenta independientemente de la cantidad que cubre la aseguradora. Yo soy responsable de algún cargo del servicio y acepto pagar al momento del servicio. Iniciales \_\_\_\_\_

### POLITICA POR INASISTENCIA A LAS CITAS:

Yo reconozco haber recibido y leído una copia completa de la Política de Inasistencia a las citas. Además reconozco a futuro que, hasta la fecha de hoy, no tengo preguntas con relación a la Política de Inasistencia a las citas. Iniciales \_\_\_\_\_

ENTIENDO que mi Información Personal de Salud (PHI por sus siglas en inglés) serán usadas solo con mi firma autorizada en un formulario de autorización de publicación de historial médico. Muchas compañías aseguradoras pueden requerir la publicación de su Información Personal de Salud para proceder a pagar reclamos. Si usted elige no publicar su información confidencial y la aseguradora no va a pagar el reclamo por esos servicios, usted será responsable de los cargos. Yo entiendo que mi Información Personal será compartida vía Intercambio de Información de Salud (HIE por sus siglas en inglés) para asegurar la continuidad de cuidados entre hospital, grupos médicos especialistas y proveedores. Por favor informe al personal de la clínica si no quiere esto. Iniciales \_\_\_\_\_

AUTORIZO a la Clínica Comunitaria del Condado de Summit a contactarme vía portal del paciente o teléfono con información médica y recordatorios de cuidados pendientes. Entiendo que se pueden aplicar cobros a los mensajes por parte de mi compañía telefónica. Iniciales \_\_\_\_\_

ENTIENDO los riesgos de usar el correo electrónico y acepto que los correos electrónicos pueden incluir la Información Personal de Salud sobre mi o el paciente nombrado en este registro. Entiendo que el correo electrónico no debe ser usado para situaciones urgentes o emergentes. Iniciales \_\_\_\_\_

AUTORIZO a la Clínica Comunitaria a través de su proveedor RavePoint a contactarme por mensaje de texto para servirme mejor. Entiendo que puede aplicar costos de mi compañía datos por el mensaje y puedo recibir hasta 10 mensajes por mes. Yo puedo contactar la Clínica si elijo no recibir los mensajes de texto. Iniciales \_\_\_\_\_

Certifico que,

la información es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender (la información incorrecta o falsa resultará en la terminación de los servicios). Permiso que los representantes de la Clínica Comunitaria del Condado de Summit se comuniquen con cualquier persona o agencia necesaria para verificar esta información. Si se necesita más información, debo proporcionarla dentro de los 30 días.

**Si está completando este formulario para otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona?**

Su nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE **X** \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_