

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	MI	Fecha de Nacimiento
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono de casa: _____ Celular: _____ ¿Podemos mandarle mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Qué sexo se le fue asignado cuando nació? (Marque uno): <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor especificar) _____		¿Qué pronombre usa? (Marque uno): <input type="checkbox"/> El/Su <input type="checkbox"/> Ella/Su <input type="checkbox"/> Ellos/Suyos <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor especificar) _____	
¿Cuál es tu orientación sexual? (Por favor marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Heterosexua lo Hetrosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor especificar) _____			
¿Cuál es su identidad sexual actual? (Por favor marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Género no-binario <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre /Transman /FTM <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer/Transwoman/MTF <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor especificar) _____			
Estado Civil (Marque uno): <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Legalmente separado(a)			Número de Seguro Social
Información de contacto de emergencia (Si no conoce a nadie a quien podamos llamar en caso de emergencia, por favor escriba "ninguno")			
Nombre	Apellido	Relación	Número de Teléfono
Tipo de Seguro (Marque uno): <input type="checkbox"/> MediCal/Partnership <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar) _____			
Correo Electrónico: _____			
¿Cuál es su raza? (Por favor marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
¿Cuál es su origen étnico? (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispano/latino		¿Cuál es su idioma principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita un traductor en su visita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Qué farmacia le gustaría usar para enviar su medicamento? _____			
Para pacientes menores de 18 años, información para padres o tutores			
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono

Información adicional para el paciente (Por favor responda TODAS las preguntas)

CommuniCare es una organización sin fines de lucros. Al responder estas preguntas, nos da la información necesaria para adquirir fondos que pueden ayudar a pacientes sin seguro o seguro insuficiente en la comunidad. Por favor ayúdenos a servirle a usted y a la comunidad brindándonos esta información. Esta información será confidencial y parte de su registro médico.

¿Está incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dónde vive? (Por favor marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento <input type="checkbox"/> En albergue <input type="checkbox"/> Estar temporalmente con un amigo/ miembro de la familia <input type="checkbox"/> Al aire libre (Calle/ Coche) <input type="checkbox"/> Viviendo transicional <input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar) _____		
¿Es usted un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es un trabajador agrícola temporal/migrante? (Por favor marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Agrícola temporal: mi trabajo principal es la agricultura y no trabajo todo el año <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante: mi trabajo principal es la agricultura y me muevo para encontrar mis trabajos		
¿Cuántas personas hay en su hogar?	¿Cuál fue el ingreso de todas las personas en su hogar el mes pasado antes de impuestos?		

CONSENTIMIENTOS: A fin de que podamos proporcionarle un tratamiento, cobrarle a su seguro o enviarle a su compañía de seguros la información requerida, debemos recibir su consentimiento. Para hacerlo debe escribir las iniciales de su nombre y apellido en las áreas indicadas y firmar a continuación.

Asignación de beneficios: Yo asigno a CommuniCare Health Centers (CCHC) todos los beneficios que podría tener derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y tratamiento proporcionado por la CCHC. _____ (iniciales)

Consentimiento de tratamiento: Autorizo a CCHC y a sus médicos(as), enfermeros(as) y otros miembros del personal de profesionales, para que proporcionen tales servicios de salud, y la administración de los procedimientos de diagnósticos y de tratamientos terapéuticos que a juicio del personal médico de CCHC, son considerados necesarios o convenientes para mi atención médica. Esto incluye todas las pruebas rutinarias de diagnóstico y procedimientos, incluyendo diagnósticos a través de Rayos X, la administración y/o la inyección de medicamentos y productos farmacéuticos y sacar sangre para exámenes de laboratorio. Entiendo que no me han dado garantías en cuanto a los resultados o a la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de CCHC. _____ (iniciales)

Reconocimiento del Paciente: Reconozco haber recibido un aviso de que conforme a la ley federal relacionada con la operación de los centros de salud, la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA, por sus siglas en inglés) proporciona el remedio exclusivo por daños causados por lesiones personales, incluyendo muerte, que sean resultados por procedimientos médicos, quirúrgicos, dentales o funciones relacionadas por un voluntario o practicante empleado de salud que el Departamento de Salud y Servicios de Recursos Humanos ha considerado como un empleado de Servicio de Salud Pública. (Consulte la subsección 224 (q) de la Ley de Servicios de Salud Pública, codificada en 42 U.S.C. § 233 (q) Este reconocimiento de la notificación de la limitación de responsabilidad está siendo proporcionado antes de que los servicios de salud sean proporcionados por esta persona. _____ (iniciales)

Consentimiento del paciente para recibir recetas electrónicas y una invitación al Portal del Paciente en la Red:

Estoy de acuerdo que CCHC puede mandarme mis recetas electrónicamente y puede solicitar y utilizar los récords de medicamentos recetados por mis proveedores de atención médica o de los terceros que pagan por los beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Además, si proporciono mi correo electrónico entiendo que CCHC me enviará una invitación para unirme al Portal del Paciente en la Red. _____ (iniciales)

Política de No Show: Un "no-show" se refiere a un paciente que falta una cita sin cancelar / reprogramar con un mínimo de 24 horas de aviso por teléfono, portal, texto o en persona. Para dar cabida al número significativo de personas que esperan los nombramientos, reconozco que si no "muero" a (3) citas en un período de 12 meses, no se me permitirá hacer citas programadas y puede que tenga que venir en una caminata sólo por un período de seis meses. _____ (iniciales)

Póliza de Tardanza: Yo reconozco que, si me presento más de 5 minutos tarde a mi cita, hay la posibilidad de que tenga que esperar una cita disponible. El personal de la clínica no garantiza que pueda haber un espacio disponible. En el caso que no pueda esperar, se le ofrecerá la cita más cercana con su doctor.

Toma de fotografías y / o grabación de video / audio: Consiento la grabación fotográfica, de audio o video de la clínica por CCHC y su personal médico, de enfermería y otros profesionales. Entiendo que los propósitos de estas fotos son para identificación, documentación de procesos de diagnóstico y / o tratamiento. Reconozco que estas grabaciones de foto / audio / video se utilizan para la prestación de cuidados, mejora de la calidad, educación y / o reembolso. _____(iniciales)

Autorización para divulgación de información médica: Algunos(as) pacientes prefieren que otros individuos, especialmente miembros de su familia, puedan tener acceso a su información médica. Debido a estrictas normas legales, para que otra persona pueda tener acceso a sus expedientes médicos, es necesario que usted lo autorice por escrito. Con esta autorización por escrito, usted otorga permiso a los individuos citados en esta lista para: hacer o confirmar sus citas, tener acceso a los resultados de laboratorio y Rayos X, venir a buscar las muestras de medicamentos, saber su diagnóstico, pronosis (desarrollo probable de la enfermedad) y plan de tratamiento y servir como contacto de emergencia. Este permiso se aplica también a los mensajes telefónicos y mensajes dejados en el contestador automático, así como a otros medios de comunicación. _____(iniciales)

Firma del o de la Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Padre/Madre o Tutor Legal: Firma: _____

Teléfono: (__) _____ - _____ **Relación:** _____ **Fecha:** _____

DERECHOS DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDADES

Como uno(a) de nuestros(as) clientes, usted tiene opciones, derechos y responsabilidades:

USTED TIENE EL DERECHO A...

- Ser tratado(a) con dignidad y respeto.
- Mantener su privacidad y confidencialidad.
- Recibir explicaciones acerca de las pruebas o procedimientos de la clínica y que se le responda a cualquier pregunta que tenga.
- Recibir información y consejo.
- Revisar su expediente médico con un(a) médico(a) o un(a) profesional.
- Consentir o rechazar cualquier tratamiento.
- Participar en los planes o decisiones sobre la atención médica.

USTED TAMBIÉN TIENE LA RESPONSABILIDAD DE...

- Ser honesto(a) acerca de su historia médica y estilo de vida que pueda afectar su salud.
- Asegúrese de que entienda.
- Seguir las instrucciones y consejos sobre su salud.
- Respetar las políticas del Centro de Salud.
- Informar cualquier cambio en su salud.
- Mantener sus citas o cancelarlas por lo menos con 24 horas de anticipación.