

# Yakima Pediatrics

---

Los formularios de registraci3n pueden ser dejados en Yakima Pediatrics o per correo electr3nico a [YPRegistration@chcw.org](mailto:YPRegistration@chcw.org) o por fax a 509-575-0808.

Por favor, asegúrese que:

- La forma de registraci3n sea completada en totalidad (todo debe ser llenado para ser registrado)
- Complete la “Forma de Autorizaci3n para Transferir Cuidado de Nuevo Paciente” para cada paciente
- Una copia de su tarjeta de identificaci3n y tarjetas de seguro de cada paciente

Por favor adjunte todos los documentos y entréguelos juntos.

Una vez que se haya registrado, deber3 ponerse en contacto con el seguro del paciente y pedirles que asignen al paciente a nuestra clínic.

Gracias,  
Yakima Pediatrics

**AVISO LEGAL:** Puede ser que su proveedor de servicios de correo electr3nico no sea seguro. Por lo tanto, es posible que la confidencialidad de sus comunicaciones puedan ser interferida por una tercera parte.

## Formulario De Registro

### **Información del Garantizador (Persona responsable de la cuenta)**

Nombre del Garantizador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio de correspondencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Domicilio físico: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil del paciente:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a

Situación laboral del paciente:  Trabaja Tiempo completo  Trabaja Medio Tiempo  Desempleado  
 Trabaja Independiente  Estudiante  Militar  Jubilado

Si actualmente trabaja, indique el nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**Anote todos los nuevos pacientes. Si está registrando de antemano a su recién nacido, utilice la fecha de vencimiento como fecha de nacimiento. Si la transferencia es de otra clínica, usted necesitara llenar una forma de liberación de información médica para cada niño.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Qué tipo de aseguranza tiene?**

Aseguranza privada  Medicaid (Apple Health)  Coordinated Care  Molina  CHPW  
 Open  Medicare  No aseguranza  Otra \_\_\_\_\_

ID de la Aseguranza # \_\_\_\_\_ Grupo de Aseguranza: \_\_\_\_\_

### **Contacto de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Recibe tratamiento médico de otro doctor?  Sí  No

**\* Si marcó "Sí", por favor proporciónenos con los nombres de esos doctores abajo.**

### **Si tiene más de 18 años**

¿Directiva avanzada en vigor?  Si\*  No  Testamento vital  DPOA  DNR  POLST

**\* Si marcó "Sí", por favor proporciónenos una copia del documento**

¿Gustaría tener más información acerca de la Directiva Avanzada?  Sí  No

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Archivo: \_\_\_\_\_

**Agradecemos que nos haya elegido como su proveedor de atención médica. Brindamos servicios personas con o sin aseguranza o personas con insuficiente aseguranza. Nuestra clínica recibe fondos del gobierno, lo que nos obliga a recabar y reportar información sobre la población de nuestros pacientes. Por este motivo, necesitamos que responda las siguientes preguntas.**

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Ingreso mensual de su vivienda? (Mire la gráfica de abajo)



¿Idioma principal? \_\_\_\_\_

¿El paciente es hispano o latino?  Si  No

**¿A cuál de los siguientes grupos pertenece el paciente? (Marque solo uno)**

- Negro/Afroamericano  Asiático  Americano Nativo/Originario de Alaska  
 Nativo Hawaiano  Otro Isleño del Pacífico  Blanco  
 Mas de una rasa

¿Necesita un intérprete?  Si  No

¿Necesita asistencia para leer o escribir?  Si  No

¿Si es mayor de 18 años, El paciente es un veterano?  Si  No

**Experiencia en agricultura (trabajo de granja):**

1. ¿En los últimos 2 años, ¿usted o alguna persona en su familia ha trabajado en algún tipo de actividad en la agricultura (Trabajo de granja)? Por ejemplo: preparación, irrigación o fumigación de campos, viveros, huertos; plantar, recoger, clasificar, empaquetar o transportar frutas, vegetales, granos, frutos secos, plantas, tabaco, lúpulo, flores, hierba, alfalfa, heno u otros productos agrícolas; plantar árboles; trabajar con árboles de Navidad; recoger las agujas de pino o musgo español; cuidar gallinas, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, peces, almejas, etc., o realizar cualquier otro tipo de trabajo de granja, etc.?  
 \_\_\_Sí \_\_\_No

2. ¿En los últimos 2 años, ¿usted o algún miembro de su familia se mudó a otra zona y vivió lejos de su hogar para trabajar en cualquier tipo de actividad en la agricultura (trabajo de granja)? \_\_\_Sí \_\_\_No

3. ¿Usted o algún miembro de su familia dejó de trabajar en la agricultura (trabajo de granja) por una discapacidad o a causa de la edad (edad avanzada como para realizar el trabajo)? \_\_\_Sí \_\_\_No

**Situación de vida actual del paciente:**

- Es dueño/alquila una casa o apartamento  Vive en la calle  Centro de Rehabilitación  
 Transicional de vivienda  Vive en un refugio

**For office use only : (YES to #1 and #2 = Migrant) (YES to #1 and NO to #2 = Seasonal) (YES to #3= Aged/Disabled)  
 (NO to all three = Non-farmworker)**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Archivo: \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

### **Autorización y consentimiento**

- Doy mi consentimiento para la realización de exámenes, diagnóstico o tratamiento de mi afección de salud médica o dental en una clínica de Salud Comunitaria de Central Washington.
- Doy mi consentimiento y autorización a mi proveedor/clínica o sus personas designadas para pedir o realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otro cuidado considerado necesario o recomendable para el diagnóstico y tratamiento de mi afección de salud médica o dental.
- Este consentimiento es válido para cada visita que realice a una clínica de Salud Comunitaria de Central Washington a menos que sea revocado por mí por escrito.
- Autorizo y solicito a mi compañía de aseguranza que realice los pagos de beneficios que me corresponderían directamente a Salud Comunitaria de Central Washington.
- Entiendo que mi compañía de aseguranza médica o dental probablemente pague un monto menor por los servicios que el de la factura real y que soy responsable financieramente de todos los cargos por servicios prestados a mí o a mis dependientes, incluyendo el saldo restante luego de realizar el pago de posibles beneficios de aseguranza, deducibles y copagos correspondientes.
- He recibido el Aviso de prácticas de privacidad:

### **Firma**

Paciente/Padre/Garante \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMA DE AUTORIZACION PARA TRANSFERIR CUIDADO DE NUEVO PACIENTE

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(En letra de molde) Apellido, nombre, inicial segundo nombre

### Autorizo a YPA a obtener información de salud protegida de mi hijo/a de:

Nombre de la organización/persona \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono/Fax \_\_\_\_\_

Información de salud relacionada con el tratamiento o condición que se detalla a la continuación-  
¿Transferencia de cuidado?

Información solicitada: El último año  X  Los últimos dos años \_\_\_\_ Otro: Todas las vacunas

Comprendo que si mis registros contienen información acerca de tratamientos por abuso de drogas o de alcohol, salud mental (incluyendo manejo del dolor o registros psiquiátricos) o enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA), dicha información se INCLUIRÁ en la divulgación. Archivos sensitivos requieren autorización del paciente específico si es menor de edad, por esa razón pidamos que sí el paciente tiene más de 12 años de edad que también firmé la Forma de Autorización.

Deseo EXCLUIR lo siguiente

Tratamientos por abuso de drogas o alcohol  
 Salud mental  
 Enfermedades de transmisión sexual  
 VIH/(SIDA)

### Derechos del paciente:

Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Comprendo que tal revocación no será efectiva si el receptor ya ha divulgado o hecho uso de la información de salud, o si mi autorización se obtuvo como condición para recibir cobertura de seguro y si la aseguradora posee el derecho legal de responder a una reclamación.

Comprendo que el receptor puede divulgar la información utilizada o divulgada mediante esta autorización, y que dicha información ya no se encuentra protegida por la ley federal o estatal.

Confirmando que he leído y comprendo la totalidad del contenido de este formulario de autorización. Mi firma al pie indica que estoy de acuerdo y autorizo a divulgar mi información de salud a la persona u organización mencionada anteriormente. Esta autorización expira a los 180 días de la fecha de la firma.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o un representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente (Si tiene más de 12 años de edad)