

Formulario De Registro

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Archivo: _____
 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: _____

Información del garante

Nombre del garante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
 Domicilio de correspondencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

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

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) _____



Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Archivo: _____

¿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 raza

Si tiene más de 13 años

Identidad de género: _____

- Masculino Femenino
 Transgénero Masculino/Femenino-a- Masculino
 Transgénero Femenino/Masculino-a-Femenino
 Otro
 Decide no revelar

Si tiene más de 13 años

Orientación sexual: _____

- Lesbiana o gay Bisexual No se
 Hetero (no es lesbiana/gay) Algo más Decide no revelar

¿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 Hogar de transición
 Vive sin hogar Entre Viviendas
 Refugio para indigentes

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: _____