

Yakima Pediatrics

Los formularios de registraci3n pueden ser dejados en Yakima Pediatrics o per correo electr3nico a YPRegistration@chcw.org o por fax a 509-452-5224.

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 de Paciente : _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de Paciente : _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento : _____
Nombre de Paciente : _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento : _____
Nombre de Paciente : _____ Sexo: _____ 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: _____
Número de identificación de la aseguranza #: _____ Numero de grupo de la aseguranza #: _____
Nombre del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)
Dirección del suscriptor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de la aseguranza secundaria: _____
Número de identificación la aseguranza secundaria #: _____
Numero de grupo de la aseguranza secundaria #: _____
Nombre del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)
Dirección del suscriptor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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.

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

Si tiene más de 18 años

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

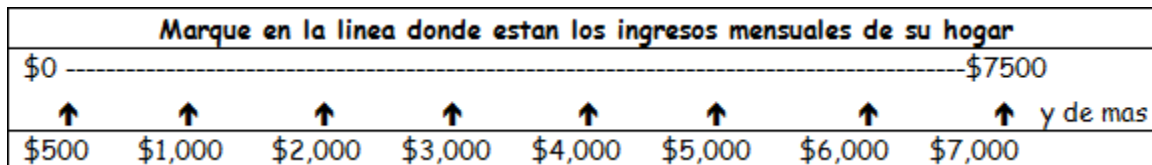
*** Si marcó "Sí", por favor proporciónenos una copia del documento**

¿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)



¿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
 Blanco Mas de una rasa Otro Isleño del Pacifico

¿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: _____

Autorización para liberar información de salud del paciente

Información del Paciente (letra de molde):

_____/_____/_____
Apellido Segundo Nombre Primer Nombre Fecha de Nacimiento

Yo autorizo

Nombre del Proveedor:
Nombre de la Instalación:
Ciudad/Estado/Código Postal:
Numero de teléfono/Numero de fax:

Para liberar mi información de salud protegida a:

Community Health of Central Washington
Departamento de gestión de información de salud
402 S. 12th Avenue | Yakima, WA 98902
Tele: (509) 453-0722 Fax: (509)452-5224

(Seleccioné Instalación): Todas o especifique instalación

- Central Washington Family Medicine- tele:(509) 452-4520
- Ellensburg -tele:(509) 962-1414
- Naches- tele:(509) 653-2235
- Yakima Pediatrics- tele:(509) 575-0114
- Highland -tele:(509) 673-0044

Registros Solicitados

Información de atención medica relacionada con el siguiente tratamiento o condición:

Fechas de servicio: ___/___/___ hasta ___/___/___ El año pasado Los últimos 2 años Inmunizaciones

Propósito de la Liberación: Personal Transferencia de Cuidado Continuo de Cuidado

Otro (Especifique): _____

Al marcar las casillas a continuación, acepto liberar lo siguiente:

- Yo entiendo que si mi registro contiene información acerca de el abuso/tratamiento de alcohol o drogas, salud mental (incluyendo los registros del manejo del dolor o de psiquiatría) o enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el VIH/SIDA), dicha información estará **INCLUIDA** en esta divulgación. Los registros confidenciales requieren la autorización especifica del paciente si el paciente es un adolescente, por lo tanto, solicitamos a los pacientes mayores de 12 años que también autoricen la divulgación de información.
- Quiero **EXCLUIR** lo siguiente _____ Tratamiento de abuso de alcohol o drogas
 - _____ Salud mental
 - _____ Enfermedades de trasmisión sexual
 - _____ VIH (SIDA)

Derechos del Paciente:

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva cuando el destinatario ya ha confiado en el uso o divulgación de la información de salud o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que y ano este protegida por la ley federal o estatal.

Reconozco que revise por competo y entiendo el contenido de este formulario de autorización. Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo y autorizo a divulgar la información de salud del paciente a la persona o organización mencionada anteriormente. La liberación expirara en **90 días** a partir de la fecha de la firma.

Por favor firme a continuación:

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Fecha

Nombre de Molde *(si esta firmado en nombre del paciente)*

Relación

**Firma del paciente menor, si aplicable*

Fecha