

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) _____

Marque en la línea donde están los ingresos mensuales de su hogar							
\$0	-----						\$7500
↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑ y de mas
\$500	\$1,000	\$2,000	\$3,000	\$4,000	\$5,000	\$6,000	\$7,000

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 Pacifico 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: _____