

### Registración del Paciente

<b>Primer Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b> / /			
<b>Por Pacientes Menores de 18 años: Nombre de Padre o Madre/Guardián Legal</b>				<b>Número de Seguro Social:</b> - -			
<b>Dirección de Casa</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip Code</b>			
<b>Numero de Telefono (Casa)</b> ( )		<b>Teléfono Móvil</b> ( )		<b>Género Asignado al Nacer:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <b>Genero:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro Transgénero: <input type="checkbox"/> HM <input type="checkbox"/> MH <input type="checkbox"/> Prefiere no Responder <b>Orientación Sexual: (opcional)</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Prefiere no Responder			
<b>Numero de telefono (Trabajo)</b> ( )		<b>Correo Electronico:</b>					
<b>Contacto Preferido (elija una opción)</b> <input type="checkbox"/> #Casa <input type="checkbox"/> # telefono <input type="checkbox"/> Correo electronico <input type="checkbox"/> Mensaje/Texto		<b>OK de identificarse como SCHC?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
<b>Contacto de Emergencia:</b>		<b>Relacion:</b>		<b>Número de Emergencia:</b>			
<b>ETNICIDAD:</b>		<b>RAZA:</b>		<b>PRIMER LENGUAJE:</b>			
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Medio Este <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiere no Responder <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Cantones <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Otro: _____ <b>Necesita Interpretador?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Situación de Hogar: (opcional)</b>		<b>Empleo: (opcional)</b>		<b>Ciudadano: (opcional)</b>			
<input type="checkbox"/> Tiene Casa Propia <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vive permanentemente con amigo o un familiar <input type="checkbox"/> Vive temporalmente con un amigo o un familiar <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Casa Publica		<input type="checkbox"/> Sin Hogar <i>(por favor seleccione)</i> <input type="checkbox"/> Hogar Tradicional <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Misión de Rescate <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Comparte Habitación <input type="checkbox"/> Otro/ No se <input type="checkbox"/> Prefiere no Contestar		<input type="checkbox"/> Empleado de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado de Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Trabajador por Propia Cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Otro/ No se		<input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Visitador/ Turista <input type="checkbox"/> Otro: _____	
		<b>Trabajador Agrícola: (opcional)</b>		<b>Estado de Veterano: (opcional)</b>			
		<input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Estado Civil:</b>		<b>EDUCACION: (opcional)</b>		<b>Tiene usted una discapacidad o un impedimento</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Socio Domestico <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Grado Completado _____ <input type="checkbox"/> Completo Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Empezó la Universidad pero no termino <input type="checkbox"/> Completo la Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado Graduado		Tipo: <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Audio <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Mental/conducta <input type="checkbox"/> Otro: _____			
				<b>Usted usa drogas o alcohol en manera que le va afectar su salud o causar problemas en su vida?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Usted tiene Medi-Cal o Alguna Aseguranza?</b> <input type="checkbox"/> Si, Tengo Medi-Cal <input type="checkbox"/> Si, Tengo otra Aseguranza <input type="checkbox"/> No							
Nombre de Aseguranza:			Número de Póliza:				
<b>NÚMERO DE HOGAR:</b> _____		<b>Ingreso Mensual: (opcional)</b> _____					
<b>Tiene una Farmacia Preferida</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Nombre:</b> _____							
<b>Locacion:</b> _____			<b>Telefono:</b> _____				

**Motivo de visita hoy:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (Por favor imprima)

Fecha de Nacimiento

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Esta sección está diseñada para aquellas situaciones en las que los menores no están acompañados por los padres o tutores legales. Esto da autoridad a un adulto designado para organizar la atención médica que no se puede proporcionar a un menor sin la aprobación de los padres o tutores legales a menos que haya un consentimiento por escrito que autorice a un agente a dar la aprobación.

***LAS SIGUIENTES PERSONAS ESTÁN AUTORIZADAS A PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO MEDICAL DE MI HIJO, INCLUYENDO TRAERLO PARA VISITAS AL CONSULTORIO Y PARA TOMAR LAS DECISIONES MEDICAS NECESARIAS:***

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

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

**PERSONA ASEGURADA (SI NO PACIENTE)**

**CANCELACIONES Y NO POLICIA DE SHOW:** Requerimos 24 horas de anticipación en caso de cancelación. El cargo por cancelación sin previo aviso es de \$40 para visitas médicas. Este cargo no estará cubierto por el seguro, pero tendrá que ser pagado por usted personalmente antes de recibir tratamiento adicional. Pacientes Iniciales: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA FINANCIERA:** Facturamos a su compañía de seguros personales únicamente como cortesía para usted. Usted es responsable de su factura. Requerimos que los arreglos para el pago de su parte estimada se hagan hoy. Si su Compañía de Seguros no nos remite el pago dentro de los 60 días, el saldo adeudado será debido en su totalidad. En el caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso del pago realizado a nosotros, usted puede ser responsable de la cantidad de dinero reembolsado a su compañía de seguros. Si la Compañía de Seguros le realiza un pago directo por los servicios facturados por nosotros. Usted reconoce la obligación de remitirnos de inmediato el pago. Si los procedimientos formales de cobro se hacen necesarios, usted será responsable de los costos adicionales incurridos. Sus beneficios de seguro según lo cotizado por su compañía de seguros han sido revisados con usted. No asumimos ninguna labilidad por los errores cometidos por su compañía de seguros en este presupuesto. Hemos revisado estos beneficios con usted y usted acepta pagar su parte de esta factura.

**Atención**

**PACIENTES CON SEGURO PRIVADO/COMERCIAL**

**TENGA EN CUENTA QUE ES SU OBLIGACIÓN FINANCIERA Y SU RESPONSABILIDAD PAGAR LAS SIGUIENTES TARIFAS**

- **COSEGURO**
- **Copagos**
- **Deducibles**
- **EN LA RED / FUERA DE LA COBERTURA DE LA RED**
- **COBERTURA DE PORCENTAJE**

**PARA MÁS PREGUNTAS POR FAVOR LLAME A SU SEGURO O BROKER PARA MÁS PREGUNTAS.**

**INFORMACIÓN Y ACEPTACIÓN DE BENEFICIO**

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación. Permiso que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta.

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

# HIPAA

Nombre del paciente (Por favor imprima)

Fecha de nacimiento

Iniciales

**Reconocimiento de la recepción de la Notificación de Práctica de Privacidad con respecto a la Información de salud protegida:**

He recibido el Aviso de Privacidad de la Práctica. Las fotocopias de este documento deben ser tan válidas como el original.

Iniciales

**Asignación de beneficios:**

Reconozco la responsabilidad financiera por todas las tarifas de instalaciones y médicos. Entiendo que la oficina de facturación del médico presentará mi reclamo de seguro y cedo el pago directo al médico todos los pagos realizados bajo los términos y disposiciones de mi póliza. Además, entiendo que cualquier disputa sobre la cobertura es entre mi compañía de seguros y yo y yo seré responsable del pago de los servicios denegados independientemente del resultado de mi disputa. Reconozco la responsabilidad financiera de todos los cargos si se da información de seguro inexacta en el momento del servicio árido la información no se corrige antes del límite de presentación oportuno de mi compañíade seguros.

Iniciales

**Preferencias de comunicación con respecto a la PHI**

Para ayudar en su care, puede serne cessary divulgar nuestra Información de Salud Protegida a alguien que no sea usted mismo. ¿Con quién podemos hablar? Marque las casillas y escriba el nombre o nombres.

<b>Sí</b>	<b>No</b>	
___	___	Cónyuge/Otro significativo: _____
___	___	Padre/ Step -Padre : _____
___	___	Niño/ Nieto: _____
___	___	Otra persona(s): _____
___	___	Cuidador: _____

Iniciales

**Podemos dejar un mensaje en:** \_\_\_\_\_ **Casa** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_ **Trabajo**

Firma del paciente

Fecha