

Nombre del paciente: _____
 Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio: _____
 Calle Apto # Ciudad Código Postal

Numero Telefónico: () () ()
 Casa Trabajo Celular

¿Tiene número de Seguro Social? Si No Número de Seguro Social _____

¿Es su número de Seguro Social solamente para trabajar? Si No Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Mes / Día / Año

Por favor, indique si está bien que dejemos un correo de voz confidencial que puede incluir los resultados de las pruebas, la información sobre la receta o cualquier otra información médica pertenecientes a su salud. Esto reducirá la necesidad de que devuelva nuestra llamada si no tiene más preguntas. Este debe ser un número de teléfono Donde sólo usted, o cualquier persona que usted se sienta cómodo con escuchar su información médica.

Número de teléfono que está bien para dejar el mensaje: () _____ Iniciales: _____ No deje mensajes con información de salud

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Por favor seleccione todas las respuestas válidas: Correo Texto Teléfono Email

Situación de vivienda: Dueño de casa Renta Motel/Hotel Carro/Vehículo Viviendo con amigo/familiar Refugió sin hogar
 Transicional En la calle Vivienda de apoyo permanente Otro

¿Es usted Veterano? Si No
 ¿Trabajador migrante? Si No

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Unión Libre Viudo/a

Orientación sexual: Lesbiana/Gay Heterosexual Bisexual Otro Deseo no revelar

Pronombre preferido: El, el, su Ella, ella, su Ellos, ellos, su Deseo no contestar Desconocido

Grupo Étnico: Puertorriqueño/a Mexicano/a Americano/a
 Mexicano/a Chicano/a Latino/Hispano
 Cubano/a Español No Latino/Hispano
 Deseo no revelar

Raza: Blanco/a Japonés Filipino Vietnamita Isleño Pacífico Otro Isleño Pacífico
 Asiático Coreano Chino Otro Asiático Nativo de Hawái Nativo de Alaska
 Samoano Otro Asiático Asiático Indio Afro-Americano Indio Americano Desconocido
 Guameña o Chamorro Deseo no revelar

Identidad de genero: Masculino Femenino Transexual Masculino Transexual Femenino Otro Deseo no revelar

Nivel de educación terminado: No terminó preparatoria Certificado técnico o equivalente
 Se graduó de preparatoria Título universitario o superior

Ingresos: ¿Cuánto dinero su hogar hace total antes de impuestos? Incluya cualquier dinero que cualquier persona que vive en su casa trae:

\$ _____ circule uno: cada semana cada 2 semanas cada mes cada año

Tamaño del hogar: ¿Número de personas que viven con usted en su hogar? _____

¿En qué idioma desea usted que le proporcionen información? _____

Necesita un interprete durante su visita? Si No

Nombre de la farmacia preferida: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

Tipo de Seguro de Salud: Medi-Cal Medicare Private No Seguro de salud

Nombre del plan de salud: _____ Número de Póliza : _____

Nombre de fiador: _____

Tipo de Seguro Dental: Medi-Cal Medicare Private No Seguro de dental

Amigo o pariente para contactar en caso de Emergencia:

Nombre

Parentesco

()

Numero Telefónico

Si menor de edad, nombre de Madre

Si menor de edad, nombre de Padre

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Al firmar a continuación, el abajo firmante (o representante autorizado, o padre / tutor) autorizo la realización de tratamientos, exámenes, servicios médicos, procedimientos quirúrgicos o diagnósticos, incluyendo estudios de laboratorio y radiográficos, ordenados por esta oficina Y son los proveedores de atención médica.

Firma del paciente o padre (si menor): _____ **Date:** _____

Nombre y parentesco (si no es el paciente): _____

ACUERDO DE PAGO POR TRATAMIENTO

Yo, la parte responsable, por este medio acepto pagar todos los cargos presentados por esta oficina durante el curso del tratamiento para el paciente. Si el paciente tiene cobertura de seguro con una organización de atención médica administrada, con la cual esta oficina tiene un acuerdo contractual, acepto pagar todos los co-pagos, coaseguro y deducibles aplicables que surjan durante el curso del tratamiento para el paciente. La parte responsable también se compromete a pagar por el tratamiento prestado al paciente, que no es considerado como un servicio cubierto por mi asegurador y / o un tercero asegurador u otro pagador. **Entiendo que el Centro de Salud Comunitario de ParkTree provee cargos por una cuota de deslizamiento; Basado en el tamaño de la familia y los ingresos anuales del hogar, y que los servicios no serán rechazados debido a la imposibilidad de pagar en el momento de la visita.**

Firma del paciente o padre (si menor): _____ **Date:** _____

Nombre y parentesco (si no es el paciente): _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ParkTree Community Health Center (PCHC) brinda información sobre cómo PCHC puede usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre usted. Entiendo que:

- Tengo derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de PCHC
- Puedo solicitar una copia en cualquier momento
- El Aviso de Prácticas de Privacidad de PCHC puede ser revisado

Al firmar a continuación, reconozco lo anterior y que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de PCHC.

Firma del paciente o padre (si menor): _____ **Date:** _____

Nombre y parentesco (si no es el paciente): _____

ACKNOWLEDGEMENT FOR ADVANCE DIRECTIVES

Una Directiva Médica Anticipada es un documento por el cual una persona toma las decisiones de cuidado de la salud en caso de que, en el futuro, él / ella se vuelva incapaz de tomar esas decisiones.

Seleccione una opción a continuación:

- Tengo** una Directiva Anticipada / Testamento Vivo / Poder Duradero para decisiones médicas o de atención médica
- No tengo** una Directiva Anticipada / Testamento Vivo / Poder Duradero para decisiones médicas o de atención médica.
- Quisiera** más información sobre las Directivas Anticipadas
- No quisiera** más información sobre las Directivas Anticipadas.

Si tiene una directiva anticipada, asegúrese de enviarnos una copia, en persona o por correo (1450 E. Holt Ave. Pomona, CA 91767)

Al firmar a continuación, reconozco haber recibido información sobre Directivas Anticipadas

Firma del paciente o padre (si menor): _____ **Date:** _____

Nombre y parentesco (si no es el paciente): _____