

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):** \_\_\_\_\_