

Apellido		Nombre	
Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género al nacer: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	Género actual: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra
Dirección del hogar:		Está bien enviar correo a su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad	Estado	Código Postal	Qué es su estado civil? (elige uno) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja doméstico <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Enviudado <input type="checkbox"/> Compañero de vida
Dirección para correo:			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Seleccione uno de etnicidad, por favor: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		Se necesita transporte para su turno médico, dental, o de salud conductual al clínico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Seleccione uno de raza, por favor: <input type="checkbox"/> Asían <input type="checkbox"/> Hawaiano Indígena <input type="checkbox"/> De Otra Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Indígena de EEUU/Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza		Lenguaje preferido con el proveedor?	Se necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Teléfono del hogar:	Número de Teléfono de día:	Correo Electrónico:	
Número de Celular:	Proveedor Medical Asignado:	Acceso al Portal SVCHC para pacientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estatus Estudiantil: (elige uno) <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> de tiempo parcial <input type="checkbox"/> No estudiante <input type="checkbox"/> Menor		Ocupación:	Nombre de empleador:
Es veterano de las Fuerzas Armadas de EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado	
¿Tiene una discapacidad física o mental que le he impedido o le impedirá trabajar por más de un año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN EMERGENCIA			
Contacto en emergencia: Marido, Amigo, Guardián o Padre (si paciente es menor de edad)		Relación al paciente	Número de Teléfono
INFORMACIÓN DEL GARANTE			
Apellido		Nombre	
Dirección	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono
SEGURO MEDICAL			
Aseguradora:	Fecha de inicio:		
Empleador:	# de Identificación	Grupo #	
Asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado	Número de seguro social del asegurado	
INFORMACIÓN DE FINANCIACIÓN DEL CENTRO DE SALUD			
¿Cuántas personas hay en su familia? (Usted, marido y niños menor de edad)		¿Qué es el ingreso familiar? (Ingresos de las personas de su familia si están trabajando)	
¿Cómo escuchó de nuestra clínica? (Elija todas que aplican) <input type="checkbox"/> SVCHC Empleado <input type="checkbox"/> SVCHC Sitio <input type="checkbox"/> Cartel/Pub de bus <input type="checkbox"/> Folleto/Panfleto <input type="checkbox"/> Cartel de Edif. <input type="checkbox"/> Empresa/Agencia <input type="checkbox"/> Amigo/Familia <input type="checkbox"/> Feria/Festival/Evento <input type="checkbox"/> Hospital/Proveedor <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Diario/Revista <input type="checkbox"/> Exten. Comunitaria <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Tele/Radio			

Estimado Paciente,

A fin de continuar la variedad de servicios que ofrecemos aquí en SVCHC y continuar recibiendo fondos de la subvención, debemos recopilar la siguiente información sobre cada persona que visita nuestras instalaciones. Esta información se informa como un número acumulativo y no se informa sobre pacientes individuales.

Tómese unos minutos para completar la siguiente solicitud de información:

1. ¿Ha hecho usted o algún miembro de su familia trabajos relacionados con la agricultura en los últimos 3 años?
 Sí
 No
2. En caso afirmativo, ¿fue un trabajo agrícola migratorio en el que viaja de ciudad en ciudad sin establecer una residencia permanente?
 Sí
 No
3. En caso afirmativo, ¿fue un trabajo agrícola de temporada en el que viaja y trabaja por temporadas y tiene una residencia establecida en la misma área?
 Sí
 No
4. ¿Está usted sin hogar?
 Sí
 No
5. En caso afirmativo, ¿dónde quedó / durmió anoche??
 Quedándose con amigos/parientes
 Refugio
 Calle (incluso coche u otro vehículo)
 Transicional (incluso hotel/motel)
 No se sabe
6. Para llamadas recordatorias, ¿cuál es su método preferido de contacto?
 Correo electrónico
 Llamada por teléfono (Sí marcado, encierre un de los siguientes, por favor: teléfono del hogar o celular.)
 Texteo
 Ninguno
7. Usted tiene el derecho de solicitar ser contactado en una ubicación diferente o por un método diferente.

SVCHC aceptará cualquier solicitud razonable de métodos de contacto alternativos. Si desea solicitar un método alternativo de contacto, proporcione la información de contacto a continuación:

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono Alternativo: _____

Gracias por proporcionar esta información a SVCHC. Esto asegurará que podamos brindarle servicios y programas valiosos en el futuro.

SVCHC FO Iniciales del personal: _____



Etiqueta Identificadora del Paciente

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:

Por la presente solicito y acepto procedimientos de diagnóstico, pruebas y tratamiento médico, planificación familiar, métodos anticonceptivos e inmunizaciones según lo considere conveniente el personal profesional del Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma (SVCHC). Soy consciente de que un médico o una enfermera practicante pueden proporcionar la atención médica a mi familia o a mí. Los servicios serán lo mejor para mí, o el mejor interés de mi hijo o cargo legal. Entiendo que este consentimiento para el tratamiento estará en vigencia siempre que me vean en cualquiera de las clínicas de Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma. Puedo cancelar este consentimiento por escrito. *Doy mi consentimiento para permitir que mi Proveedor de Atención Primaria asignado en Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma tenga acceso a todos los servicios que se me brindan en el centro de salud, incluidos los servicios de salud conductual.*

Firmado: **X** _____
Firma del Paciente / Padre o Guardián (encierre uno) Fecha

Por favor, escriba el nombre completo y la relación con el paciente si el paciente no puede firmar este documento.

Nombre completo (Escribe) Relación

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE ANTECEDENTES/DERIVACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Autorizo a SVCHC a divulgar información médica / social a personas o agencias directamente interesadas y comprometidas en llevar a cabo un plan de tratamiento para el paciente. Además, SVCHC puede usar y divulgar cualquier parte de mis registros médicos necesarios para el proceso de facturación a terceros pagadores por los servicios prestados en mi nombre. Comprendo claramente que toda mi información se mantendrá confidencial. Entiendo que esta información se utilizará para revisar, investigar o realizar el pago de un reclamo, y para revisar registros de iniciativas de mejora de calidad, cumplimiento de auditorías, administración de utilización y resolución de reclamos.

Autorizo el pago directamente al Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma por todos los beneficios médicos que de otra manera se me pagarían según los términos de mi seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los copagos, co-seguros, deducibles y servicios no cubiertos. Se pueden aplicar sobrepagos en cualquier cuenta de Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma al saldo de mi paciente. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y tan válida como la original.

Firma: **X** _____
Firma del Paciente / Padre o Guardián (encierre uno) Fecha

Por favor, escriba el nombre completo y la relación con el paciente si el paciente no puede firmar este documento.

Nombre completo (Escribe) Relación

EL DESIGNADO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDO:

Entiendo que las personas identificadas a continuación serán tratadas por Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma como personas involucradas directamente en mi cuidado o la atención de mi hijo, y como tal, SVCHC podrá divulgar la información de salud personal del paciente a estas personas con el fin de: tratamiento que incluye hacer citas y todas las demás funciones normalmente asociadas con la atención individual del paciente, el pago y las operaciones de atención médica.

Nombre del designado: _____ Fecha de Nacimiento del designado: _____

Número de Teléfono del designado: _____ Relación al paciente: _____

Nombre del designado: _____ Fecha de Nacimiento del designado: _____

Número de Teléfono del designado: _____ Relación al paciente: _____

Me niego a proporcionar un contacto de designado de información de salud protegida para mí o mi hijo en este momento.
Firma Paciente/Padre/Guardian _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Confirmando que recibí el Aviso de prácticas de privacidad del Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma.

Firma: **X** _____
Firma del Paciente / Padre o Guardián (encierre uno) Fecha

Por favor, escriba el nombre completo y la relación con el paciente si el paciente no puede firmar este documento.

Nombre completo (Escribe) Relación