

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Género al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección del hogar:		¿Está bien enviar correo a su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ciudad		Estado		Código Postal	
Dirección para correo:		¿Qué es su estado civil? (marque uno)			
Ciudad		Estado		Código Postal	
				<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Compañero de vida	
Por favor marque una de las etnicidades de la siguiente lista: <input type="checkbox"/> Mexicano/a, Mexicano/a Americano/a, Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Otro origen Hispano/a, Latino/a, o Español/a <input type="checkbox"/> No Hispano		¿Necesita transporte para su cita médica, dental, o de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Por favor seleccione una raza de la siguiente lista: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Indígena <input type="checkbox"/> De Otra Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza		Lenguaje preferido con el proveedor:		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de Teléfono del hogar:		Número de Teléfono de día:		Correo Electrónico:	
Número de Celular:		Proveedor Medico Asignado:		¿Acceso al Portal SVCHC para pacientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estatus Estudiantil: (marque uno) <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> No soy 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"/> Empleado de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado			
¿Tiene una discapacidad física o mental que le impide o le impedirá trabajar por más de un año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO EN EMERGENCIA</b>					
Contacto de emergencia: Marido, Amigo, Guardián o Padre (si paciente es menor de edad)			Relación al paciente		Número de Teléfono
<b>INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE</b>					
Apellido		Nombre			
Dirección		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad		Estado		Código Postal	
				Número de Teléfono	
				Relación al paciente	
<b>SEGURO MEDICAL</b>					
Aseguradora:		Fecha de inicio:			
Empleador:		# de Identificación		# de Grupo	
Asegurado:		Fecha de nacimiento del asegurado		Número de seguro social del asegurado	
<b>INFORMACIÓN DE FINANCIACIÓN DEL CENTRO DE SALUD</b>					
¿Cuántas personas hay en su familia? (Usted, su pareja y niños menores de 18 años)			¿Cuál es el ingreso familiar anual? (Ingresos de las personas de su familia si están trabajando)		
¿Cómo escuchó de nuestra clínica? (Por favor marque todo lo que se aplica)					
<input type="checkbox"/> Empleado de SVCHC <input type="checkbox"/> Sitio Web de SVCHC <input type="checkbox"/> Cartelón/Anuncio en el Autobús <input type="checkbox"/> Folleto/Panfleto <input type="checkbox"/> Anuncio en Edificio <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"/> Periódico/Revista <input type="checkbox"/> Alcance Comunitario <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro paciente <input type="checkbox"/> TV/Radio					



Etiqueta Identificadora del Paciente

Protección de la Información de Salud bajo el Acuerdo de Atención Médica Organizada de OCHIN

El Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma es parte de un acuerdo organizado de atención médica que incluye participantes de OCHIN. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org como socio comercial del Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma. OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados al Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registros de salud electrónicos.

OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las derivaciones de pacientes internos y externos. El Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma puede compartir su información médica personal con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información médica sólo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los fines de las operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizada. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geocodificar su ubicación de residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de conformidad con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifique periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya se haya proporcionado según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

DESIGNADO DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Entiendo que las personas identificadas a continuación serán tratadas por Sonoma Valley Community Health Center como personas involucradas directamente en mi atención o la atención de mi hijo, y como tal, SVCHC podrá divulgar la información de salud personal del paciente a estas personas con el propósito de tratamiento, incluido el permiso de hacer citas y todas las demás funciones normalmente asociadas con la atención del paciente, el pago y las operaciones de atención médica.

Nombre del designado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del designado: \_\_\_\_\_

Numero de telefono del designado: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del designado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del designado: \_\_\_\_\_

Numero de telefono del designado: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del designado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del designado: \_\_\_\_\_

Numero de telefono del designado: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Me niego a proporcionar contacto designado de información de salud protegida para mí o mi hijo en este momento.

Firma del Paciente / Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Estimado Paciente,

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

Tómese unos minutos para completar la siguiente 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 trabajador agrícola migratorio en el que viaja de ciudad en ciudad sin establecer una residencia permanente?  
 Sí  
 No
3. En caso afirmativo, ¿fue un trabajador 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 se quedó/durmió anoche?  
 Quedándose con amigos/parientes  
 Refugio  
 Calle (incluso coche u otro vehículo)  
 Transicional (incluye hotel/motel)  
 Desconocido -No se
6. Para llamadas recordatorias, ¿cuál es su método preferido de contacto?  
 Correo electrónico  
 Llamada por teléfono (Sí esta es su preferencia, marque uno de los siguientes por favor: teléfono del hogar o celular.)  
 Texto  
 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 alternativos de contacto. Si desea solicitar un método alternativo de contacto, por favor proporcione la información 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 A TRATAMIENTO:**

Por este medio, pido y doy consentimiento a procedimientos para diagnósticos, exámenes y tratamiento médico, planificación familiar, métodos anticonceptivos, y vacunas según lo considere conveniente el personal profesional del Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma (SVCHC). Estoy 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 mental.*

Firma: **X** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Padre o Guardián (por favor circule uno) \_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Nombre completo (Letra de molde) Relación

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACION MEDICA/REFERENCIAS 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 quejas.

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. El sobrepago en cualquier cuenta del Centro de Salud Comunitario del Valle de Sonoma puede ser aplicado a mi balance. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y tan válida como la original.

Firma: **X** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Padre o Guardián (por favor circule uno) \_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Nombre completo (Letra de molde) Relación



**CENTRO DE SALUD DEL VALLE DE SONOMA  
PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA REDUCIDA  
RECONOCIMIENTO**

Sonoma Valley Community Health Center (SVCHC) ofrece un Programa de Descuento de Tarifa Reducida para todo paciente cuyo ingreso ya sea o este a menos del 200% del nivel federal de pobreza. Tiene que completar la solicitud de "Tarifa Reducida" y mostrar una prueba de sus ingresos, esto le ayudara a SVCHC determinar con exactitud la tarifa que usted y su familia tendrá que pagar a cada cita médica, dental, o de salud mental. Usted podría calificar para el Programa de Tarifa Reducida aun si ya cuenta con un seguro.

He recibido información del Programa de Tarifa Reducida. Acepto y entiendo las condiciones del Programa de Tarifa Reducida y:

- Me gustaría participar en el Programa de Tarifa Reducida.
- No quiero participar en el Programa de Tarifa Reducida.
- No califico para el Programa de Tarifa Reducida.

Firma: **X** \_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Padre o Guardián (por favor circule uno)

\_\_\_\_\_

Fecha