

PATIENT REGISTRATION AND CONSENT (SPANISH)

Nombre Preferido			
Nombre	Apellido	MI	Fecha de Nacimiento
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono de casa	Celular	¿Podemos mandarle mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Qué sexo se le fue asignado cuando nació? (Marque uno): <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor especificar): _____		¿Qué pronombre usa? (Marque uno): <input type="checkbox"/> El/Su <input type="checkbox"/> Ella/Su <input type="checkbox"/> Ellos/Suyos <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor especificar): _____	
¿Cuál es tu orientación sexual? (marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor especificar): _____		¿Cuál es su identidad sexual actual? (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre /Transman /FTM <input type="checkbox"/> Género no-binario <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer/Transwoman/MTF <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor especificar): _____	
Estado Civil (marque uno): <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Legalmente separado(a)	Información de contacto de emergencia (Si no conoce a nadie a quien podamos llamar en caso de emergencia, por favor escriba "ninguno"):		
	Nombre		Apellido
	Relación		Número de Teléfono
Tipo de Seguro (Marque uno) <input type="checkbox"/> MediCal/Partnership <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar): _____			
Número de Seguro Social	Correo Electrónico		
¿Cuál es su raza?(marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		¿Cuál es su origen étnico? (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hispánico/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino	
		¿Cuál es su idioma principal?	
		¿Necesita un traductor en su visita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Qué farmacia le gustaría usar para enviar su medicamento?			
Para pacientes menores de 18 años, información para padres o tutores:			
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono

Información adicional para el paciente (Por favor responda TODAS las preguntas)

CommuniCare es una organización sin fines de lucros. Al responder estas preguntas, nos da la información necesaria para adquirir fondos que pueden ayudar a pacientes sin seguro o seguro insuficiente en la comunidad. Por favor ayúdenos a servirle a usted y a la comunidad brindándonos esta información. Esta información será confidencial y parte de su registro médico.

¿Está incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es un trabajador agrícola temporal/migrante? (Por favor marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Agrícola temporal: mi trabajo principal es la agricultura y no trabajo todo el año. <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante: mi trabajo principal es la agricultura y me muevo para encontrar mis trabajos.	
¿Dónde vive? (Por favor marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento <input type="checkbox"/> Al aire libre (Calle/ Coche) <input type="checkbox"/> En albergue <input type="checkbox"/> Viviendo transicional <input type="checkbox"/> Estar temporalmente con un amigo/ familia <input type="checkbox"/> Other: _____		¿Cuántas personas hay en su hogar?	¿Cuál fue el ingreso de todas las personas en su hogar el mes pasado antes de impuestos?

POR FAVOR DE DAR VUELTA A LA PÁGINA PARA CONTINUAR CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

PATIENT REGISTRATION AND CONSENT (SPANISH)**CONSENTIMIENTOS**

A fin de que podamos proporcionarle un tratamiento, cobrarle a su seguro o enviarle a su compañía de seguros la información requerida, debemos recibir su consentimiento. Para hacerlo debe escribir las iniciales de su nombre y apellido en las áreas indicadas y firmar a continuación.

Asignación de beneficios: Yo asigno a CommuniCare Health Centers (CCHC) todos los beneficios que podría tener derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y tratamiento proporcionado por la CCHC. _____(iniciales)

Consentimiento de tratamiento: Autorizo a CCHC y a sus médicos(as), enfermeros(as) y otros miembros del personal de profesionales, para que proporcionen tales servicios de salud, y la administración de los procedimientos de diagnósticos y de tratamientos terapéuticos que a juicio del personal médico de CCHC, son considerados necesarios o convenientes para mi atención médica. Esto incluye todas las pruebas rutinarias de diagnóstico y procedimientos, incluyendo diagnósticos a través de Rayos X, la administración y/o la inyección de medicamentos y productos farmacéuticos y sacar sangre para exámenes de laboratorio. Entiendo que no me han dado garantías en cuanto a los resultados o a la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de CCHC. _____(iniciales)

Consentimiento informado de telesalud: La telesalud consiste en el uso de audio, video u otros tipos de comunicación electrónica para interactuar con los pacientes, formular consultas a profesionales de la salud o revisar información médica con fines de diagnóstico, tratamiento, seguimiento o educación. Durante una consulta de telesalud, es posible que algunos detalles de mis antecedentes médicos e información médica personal se comenten con otros profesionales de la salud mediante video interactivo, audio y tecnologías de telecomunicaciones. Además, se puede llevar a cabo una revisión física y se pueden obtener grabaciones de audio y video o fotografías. La telesalud/telemedicina también está sujeta a las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información sobre salud y atención médica. Por el presente, autorizo a CCHC y a sus médicos, enfermeros y otros profesionales a brindarme servicios de telesalud si se estima conveniente en mi caso. _____(iniciales)

Asistencia para transporte: Entiendo que, si tengo problemas para dirigirme a mis citas médicas o regresar de ellas, los beneficiarios de Medi-cal tienen a su disposición transporte para consultas presenciales. _____(iniciales)

Reconocimiento del Paciente: Reconozco haber recibido un aviso de que conforme a la ley federal relacionada con la operación de los centros de salud, la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA, por sus siglas en inglés) proporciona el remedio exclusivo por daños causados por lesiones personales, incluyendo muerte, que sean resultados por procedimientos médicos, quirúrgicos, dentales o funciones relacionadas por un voluntario o practicante empleado de salud que el Departamento de Salud y Servicios de Recursos Humanos ha considerado como un empleado de Servicio de Salud Pública. (Consulte la subsección 224 (q) de la Ley de Servicios de Salud Pública, codificada en 42 U.S.C. § 233 (q) Este reconocimiento de la notificación de la limitación de responsabilidad está siendo proporcionado antes de que los servicios de salud sean proporcionados por esta persona. _____(iniciales)

Consentimiento del paciente para recibir recetas electrónicas y una invitación al Portal del Paciente en la Red: Estoy de acuerdo que CCHC puede mandarme mis recetas electrónicamente y puede solicitar y utilizar los récords de medicamentos recetados por mis proveedores de atención médica o de los terceros que pagan por los beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Además, si proporciono mi correo electrónico entiendo que CCHC me enviará una invitación para unirme al Portal del Paciente en la Red y he recibido una copia de acuerdo de usuario del portal del paciente. _____(iniciales)

Política de "no asistir": Un "no-asistir" se refiere a un paciente que falta a una cita sin cancelar / reprogramar con un mínimo de 24 horas de aviso por teléfono, portal, texto o en persona. Para disminuir el número significativo de personas que esperan citas, reconozco que si pierdo tres (3) citas en un período de 12 meses, no se me permitirá programar citas en un periodo de 9 meses y puede que tenga que venir a la lista de espera. _____(iniciales)

Póliza de Tardanza: Yo reconozco que, si me presento más de 5 minutos tarde a mi cita, hay la posibilidad de que tenga que esperar una cita disponible. El personal de la clínica no garantiza que pueda haber un espacio disponible. En el caso que no pueda esperar, se le ofrecerá la cita más cercana con su doctor. _____(iniciales)

Toma de fotografías y / o grabación de video / audio: Consiento la grabación fotográfica, de audio o video de la clínica por CCHC y su personal médico, de enfermería y otros profesionales. Entiendo que los propósitos de estas fotos son para identificación, documentación de procesos de diagnóstico y / o tratamiento. Reconozco que estas grabaciones de foto / audio / video se utilizan para la prestación de cuidados, mejora de la calidad, educación y / o reembolso. _____(iniciales)

PATIENT REGISTRATION AND CONSENT (SPANISH)

Autorización para la divulgación de información médica: Algunos pacientes prefieren que ciertas personas, incluyendo a sus familiares, tengan acceso a su información médica. Las personas que he decidido nombrar a continuación tienen mi autorización para reservar o confirmar citas médicas, acceder a mis resultados de radiografías y pruebas de laboratorio, recoger muestras de medicamentos, conocer mi diagnóstico, pronóstico, planes de tratamiento e información de facturación, además de ser mis contactos en caso de urgencias. Puedo informar en cualquier momento a CCHC si deseo cambiar o limitar este permiso. Este permiso es válido para la comunicación telefónica y mensajes de contestador automático, así como para otros medios de comunicación. Para obtener información más detallada sobre cómo la información sobre salud se comparte con terceros, lea el Aviso de prácticas de privacidad de CCHC. _____(iniciales) Escriba a continuación el nombre y el parentesco de la(s) persona(s) a las que le otorga el permiso. (Si fuera necesario, puede añadir nombres en la parte de atrás de este formulario).

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Estos consentimientos permanecerán en vigor hasta el día en que revoque su consentimiento. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no influirá en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Guardián legal (por favor imprimir): _____ Firma _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Relación: _____ Fecha: _____

DERECHOS DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDADES

A Como uno(a) de nuestros(as) clientes, usted tiene opciones, derechos y responsabilidades:

USTED TIENE EL DERECHO A ...

- Ser tratado(a) con dignidad y respeto.
- Mantener su privacidad y confidencialidad.
- Recibir explicaciones acerca de las pruebas o procedimientos de la clínica y que se le responda a cualquier pregunta que tenga.
- Recibir información y consejo.
- Revisar su expediente médico con un(a) médico(a) o un(a) profesional. Consentir o rechazar cualquier tratamiento.
- Participar en los planes o decisiones sobre la atención médica.

USTED TAMBIÉN TIENE LA RESPONSABILIDAD DE ...

- Ser honesto(a) acerca de su historia médica y estilo de vida que pueda afectar su salud. Asegúrese de que entienda.
- Seguir las instrucciones y consejos sobre su salud.
Respetar las políticas del Centro de Salud.
- Informar cualquier cambio en su salud.
- Mantener sus citas o cancelarlas por lo menos con 24 horas de anticipación