

Long Valley Health Center

Acct #

Ficha de datos del paciente y formulario de consentimiento

Página 1 de 2

Información del paciente:

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Inicial de 2º nombre: _____

Apellido anterior: _____ Sexo: Masculino Femenino

Nº seguro social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Domicilio (si es diferente al anterior): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Seleccione medio de contacto preferido:

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

(¿Podemos dejar mensajes? Sí - Breve Detallado No)

Dirección de correo electrónico: _____ Sin dirección de correo electrónico

Idioma principal (preferido): Inglés Español Otro: _____

Estado civil: Casado/a Soltero/a Soltero/a con pareja Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____

Farmacia: _____

Proveedor de atención primaria:

Dr. Tom Bertolli Dr. Sharon Paltin Carrie Guilfoyle, ANP-C

Otro: _____

En caso de emergencia, contacte con:

Nombre: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Información adicional del paciente (conteste todas las preguntas): Al responder a las siguientes preguntas, nos proporcionará los datos que necesitamos para obtener fondos con el fin de ayudar a aquellos residentes de nuestra comunidad sin seguro o con seguro insuficiente. Estos datos también nos ayudan a identificar clientes que pueden cumplir los requisitos para programas o servicios financiados con fondos especiales. *La orientación sexual y la identidad de género pueden desempeñar un papel importante a la hora de determinar resultados médicos. Hacer estas preguntas también mejora la atención centrada en el paciente.*

Orientación sexual (seleccione una):

Heterosexual Homosexual Bisexual No sé Otra No especificada

Identificación de género (seleccione una):

Mujer Hombre Mujer a hombre (transgénero) Hombre a mujer (transgénero) Otro No especificado

Raza (seleccione una): Blanco/a (incluido hispano/a o latino/a) Negro/a o afroamericano/a Asiático/a

Nativo/a americano/a o de Alaska Nativo/a de Hawái u otras islas del Pacífico

Otro: _____ No especificada

Etnia (seleccione una): Hispano/a o latino/a No hispano/a No especificada

Sin hogar: Sí NO

En caso positivo, actualmente vive en: Refugio Calle / Campamento Vivienda temporal Compartiendo (familia o amigo/a)

Trabajador agrícola: Sí NO En caso positivo: Migrante De temporada

Veterano actual o descargado: Sí NO

Nº de miembros que componen la unidad familiar: _____ Ingresos familiares: \$ _____ Anual Mensual

DÉ LA VUELTA A LA PÁGINA E INDIQUE LA INFORMACIÓN SOLICITADA



Seguro principal:

Medi-Cal Partnership CMSP Medicare
 Otra cobertura: _____ (Blue Cross, Blue Shield, Delta, etc.)
 N° identificación/suscriptor: _____ N° grupo/plan: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
 Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
 Relación del paciente con el suscriptor: Misma persona Cónyuge Hijo/a Otra

Seguro secundario:

Medi-Cal Partnership CMSP Medicare
 Otra cobertura: _____ (Blue Cross, Blue Shield, Delta, etc.)
 N° identificación/suscriptor: _____ N° grupo/plan: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
 Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
 Relación del paciente con el suscriptor: Misma persona Cónyuge Hijo/a Otra

Si el paciente es menor de edad, complete esta sección.

Persona responsable:

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Inicial de 2° nombre: _____
 Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____
 Dirección (si es diferente): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ N° seguro social: _____
 Empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Nombre de la madre/tutora: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección (si es diferente): _____ Teléfono: _____
 Nombre del padre/tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección (si es diferente): _____ Teléfono: _____

1. Divulgación de información: Mientras sea necesario y con el fin de determinar la responsabilidad de pago y obtener reembolso, autorizo a Long Valley Health Center a divulgar parte de mi historial médico a cualquier persona, organización o agencia que sea o pueda ser responsable parcial o completamente de los cargos de LVHC, incluyendo, entre otros: compañías aseguradoras, planes de servicios médicos, entidades de indemnización laboral y agencias gubernamentales. El departamento de servicios de salud (Dept. of Health Services) puede verificar mi historial médico por cuestiones relacionadas con los permisos de LVHC o con fines estadísticos. Dichas verificaciones o la divulgación de información no pondrán en riesgo la confidencialidad de mi historial médico.

2. Acuerdo económico: En relación con los servicios prestados por Long Valley Health Center, acepto por la presente pagar todas las facturas presentadas independientemente de la cobertura de seguro. De ser necesario, acepto que se derive la deuda a una agencia de cobros y me comprometo a pagar los gastos de cobro en su totalidad.

3. Consentimiento para tratamiento: Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para el examen médico o dental, vacunas, tratamiento y procedimientos para la atención del paciente indicado anteriormente. Comprendo que los auxiliares médicos (AM) y enfermeros especializados (EE) han sido autorizados por el estado de CA a dispensar medicamentos y suministros médicos por orden directa de un doctor o de acuerdo con indicaciones previamente establecidas por escrito, y que el AM/EE siempre tendrá un doctor disponible para consultas durante la evaluación y el tratamiento de pacientes. Con el fin de ayudar a los proveedores médicos o dentales a recetar medicamentos de manera segura y a administrar vacunas, doy mi consentimiento para que tengan acceso al historial de medicamentos recetados y a los registros de vacunación del paciente.

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Relación con el paciente:** _____

Office Use: _____ **Date:** _____ **Title:** _____