

FORMULARIO REGISTRO DE PACIENTES

PLACE STICKER HERE

DEMOGRAPHICS

Nombre del Paciente _____ @ _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Nombres usado anteriormente Correo electrónico

Seguro Social _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____ Edad ____ Sexo: Femenino Masculino
Mes Día Año

Dirección _____ # de Apto. ____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Dirección Postal _____ # de Apto. ____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

¿Cuál es el mejor teléfono para contactarle?
 Casa Celular Trabajo # Alternativo Confidencial – **No llamar**

¿Está bien si lo contactamos por medio de:
 Correo de Voz Text Correo Electrónico

de Teléfono _____ # de Celular _____ # de Trabajo _____

Alternativo _____ ¿De quién es este número? _____

Lenguaje: Inglés Español Vietnamita Otro _____ **Impedimentos o discapacidades:** Discapacidad visual Discapacidad de audición
 ¿Tiene dificultad en recibir nuestros servicios en Inglés? Sí No

INFORMACION SOBRE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relación con usted _____ # de Teléfono _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Pareja Viudo(a) Legalmente Separado(a)

Estado Estudiantil: Tiempo Medio Tiempo Completo No soy estudiante

PARA MENORES DE EDAD SOLAMENTE:

Padre/Tutor Legal: _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el menor _____

Padre/Tutor Legal: _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el menor _____

Estado de domicilio: ¿Está usted sin vivienda? Sí No

Si su respuesta es Sí, marque UNO: Vivo con familia o amigos Estoy en refugio para Indigentes Estoy en la calle No deseo proveer

¿Es usted trabajador de campo o agricultura? Sí No **¿Es Veterano de la Guerra?** Sí No

Si su respuesta es Sí, marque solo UNO:
 Obrero agrícola (sale de su comunidad para trabajar)
 Obrero agrícola por estación (trabaja durante las estaciones en su comunidad)

Raza: (por favor marque solo UNO): Blanco Afro-Americano/Negro Indio-Americano/Nativo de Alaska Asiático Más de una raza
 Nativo de Hawaii Otras Islas del Pacífico Me niego a mencionar No deseo proveer

Origen étnico o cultura: Hispano/Latino(a) No-Hispano(a)/No-Latino(a) Me niego a mencionar No deseo proveer

¿Actualmente tiene usted seguro: Sí No **Tamaño de familia:** _____ **Ingreso familiar :** _____

Si su respuesta es Sí: Nombre de Seguro: _____ **# de Seguro:** _____

PERSONA RESPONSABLE – Los estados de cuentas serán enviados a la persona responsable.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ @ _____
Mes Día Año Correo Electrónico

Dirección _____ # de Apto. ____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

de Teléfono _____ # de Celular _____ # de Trabajo _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Home Clinic: Greenbrae Novato Novato Wellness San Rafael San Rafael Campus Clinic

Data entered by: _____ **Initials:** _____ **Date:** _____

Please see other side.

MARIN COMMUNITY CLINICS – CONSENTIMIENTO GENERAL MEDICO

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de que entiende la información que figura a continuación. Si usted tiene alguna pregunta, estaremos encantados de hablar con usted. Usted puede pedir una copia de este formulario.

Entiendo que debo informar al personal si los servicios de interpretación de idiomas son necesarios para mi comprensión de la información escrita o hablada durante mis visitas de atención médica. Entiendo que los servicios gratuitos de interpretación se harán si es necesario.

Consentimiento para el tratamiento: Solicito que Marin Community Clinics (MCC) me proporcione la atención médica. Se me darán la información sobre las pruebas, tratamientos, procedimientos, y la medicamentos que se proporcionan, incluyendo los beneficios, riesgos, complicaciones/posibles problemas y las opciones alternativas. Yo entiendo que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entiendo. Solicito por este medio que una persona autorizada por Marin Community Clinics prevén la correspondiente evaluación, pruebas y tratamiento.

Yo recibiré una referencia para el diagnóstico o tratamiento posterior si es necesario. Entiendo que si necesito una referencia, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar por dicha atención.

Autorización de información: Entiendo que se mantendrá la confidencialidad como se describe en el Aviso de Prácticas de Información de Salud de Privacidad (*Notice of Health Information Privacy Practices*). Doy mi consentimiento para el uso y conocimiento de mi información de salud como se describe en el Aviso de Prácticas de Información de Salud de Privacidad. **Entiendo que todos los servicios son confidenciales. Sin embargo, en los casos de emergencias con riesgo de abuso físico o sexual, es posible que necesitemos realizar una referencia a otra agencia.**

Asignación de Beneficios de Seguro: Por la presente autorizo el pago directo a MCC de los beneficios de otro modo pagadero a mí pero que no exceda los cargos regulares de MCC por este servicio. **Entiendo que soy financieramente responsable a MCC por los cargos no cubiertos por mi seguro.**

Convenio Financiero: Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos que no sean pagados por un seguro o un tercero. Estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones de la Póliza de Colecciones de MCC, y me comprometo a pagar los gastos del abogado y otros gastos incurridos en el cobro.

En conformidad con la Póliza de Colecciones de MCC, MCC puede optar por terminar su relación con cualquier paciente que no cumple con este acuerdo financiero.

Declaración de Permiso de Pago de Beneficios del Seguro de Medicare a MCC: Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Yo autorizo la disseminación de cualquier información necesaria para actuar sobre esta petición. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

Aceptación de responsabilidad por Co-pagos: Yo entiendo que soy responsable por cualquier deducible de seguro de salud o copagos, incluyendo un veinte por ciento (20%) co-pago para autorizar servicios cubiertos por Medicare.

El que suscribe certifica que él o ella han leído y comprendido la información anterior y autoriza los servicios de MCC s en calidad de paciente o como agente general del paciente y acepta sus términos.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

Testigo

Fecha