



PLACE STICKER HERE

# FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

## DEMOGRAFIA

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer Nombre Segundo Nombre \*Apellido Previo \*Nombre Previo

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Identidad de género:**  Femenino  Masculino  Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino  
 Mes / Día / Año  Femenino a Masculino (Transgénero Masculino)  Masculino a Femenino (Transgénero Femenino)  
 Eligió no revelar

**Género al Nacer:**  Mujer  Hombre **Orientación sexual:**  Heterosexual  Bisexual  Lesbiana, Gay u Homosexual  No lo sé  
 Algo más, por favor describa: \_\_\_\_\_  Eligió no revelar

**Pronombres Preferidos:**  Él  Ella  Elle, Elles  Ze, Hir  Otro: \_\_\_\_\_  Me niego a declarar

**Dirección De Domicilio:** \_\_\_\_\_ # de Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_ # de Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el mejor teléfono para contactarle?**  Casa  Celular  Trabajo  Correo Electrónico  Texto  Alternativo\*  Confidencial (No llamar)

**# de Casa** (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ **# de Celular** (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ **# de Trabajo**(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ **\*# Alternativo** (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

**¿Está bien si podemos comunicarnos con usted a través de?**  mensaje de voz  texto  correo electrónico **\*¿De quién es este número?** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ (el correo electrónico lo agregará al portal del paciente)

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

**Apellido de soltera de su madre:** \_\_\_\_\_

**Idioma:**  Inglés  Español  Vietnamita  Lenguaje de señas  Otro \_\_\_\_\_

**Impedimentos o discapacidades:**  Discapacidad visual  Discapacidad de audición **Necesita interprete:**  Sí  No

## RELACIONES

**PARA MENORES DE EDAD SOLAMENTE:**

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación a el menor \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación a el menor \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a usted: \_\_\_\_\_ # de Teléfono (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA

\* Como centro de salud calificado a nivel federal, estamos requeridos a coleccionar esta información. Toda la información compartida será confidencial.

**Esta sin Hogar:**  No  Comparto Hogar temporalmente  En un refugio  En la calle

**¿Es usted trabajador agrícola?**  No  Migrante  De temporada

**Origen étnico o cultura:** (por favor marque solo UNO)  Hispano/Latino  No-Hispano(a)/No-Latino(a)  Me niego a declarar

**Raza:** (marque todo lo que corresponda)

Blanco  Afro-Americano/Negro  Indio-Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Más de una raza

Nativo de Hawaii  Otras Islas del Pacífico  Me niego a declarar  Origen desconocido

**¿Es Veterano Militar?**  Sí  No

**Tamaño de familia:** \_\_\_\_\_ **Ingreso familiar:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Seguro Médico:** \_\_\_\_\_ **# de Seguro:** \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE (Guarantor)

Los estados de cuentas serán enviados a la persona responsable.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ # de Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**# de Teléfono** (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ **# de Celular** (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ **# de Trabajo**(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

## **MARIN COMMUNITY CLINICS – CONSENTIMIENTO GENERAL CLÍNICO**

*Antes de dar su consentimiento, asegúrese de entender 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 de salud incluyendo, entre otros, atención médica, atención dental, atención de la salud del comportamiento y servicios de abuso de sustancias. Yo recibiré información sobre las pruebas, y tratamientos, los medicamentos que recibiré, incluyendo los posibles riesgos, complicaciones y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entiendo. Entiendo que MCC se esfuerza en brindar la atención integral y que todos los miembros de mi equipo tengan el acceso importante para me atención necesaria. Solicito por este medio que una persona autorizada por Marin Community Clinics prevén la correspondiente evaluación, pruebas y tratamiento.

Acuerdo de confidencialidad para el grupo: Debido a que las visitas grupales involucran a pacientes que divulgan información médica y social privada, todos los participantes en una visita grupal, incluyendo el paciente y los familiares/amigos que lo acompañan, deben aceptar respetar la privacidad de TODOS los participantes y mantener su información confidencial. **Al firmar este consentimiento, asumo la responsabilidad de mantener toda la información confidencial si participo en visitas/grupos médicos compartidos.**

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 diseminación de cualquier información necesaria para actuar sobre esta petición. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan 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.

**Por la presente acuso recibo del Aviso de Prácticas de Información de Salud de Privacidad de Marin Community Clinics. El que suscribe certifica que él o ella ha 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