

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2º nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # de Apt \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Método Preferido de Comunicación (*Marque todas las que apliquen*):  Texto  Correo electrónico  Teléfono *\*Marque todos que apliquen.*

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \* Información requerida para pacientes con seguro.  
Mes Día Año

Farmacia \_\_\_\_\_

Etnicidad  Hispano/Latino  Non-Hispano/Latino

Raza *\*Marque todos que apliquen*  Indio americano  Asiático  Afroamericano  
 Nativo hawaiano  Otro isleño pacífico  Blanco  Otro

Sexo:  M  F Identidad Sexual:  Masculino  Femenino  Transgénero masculino  
 Otro  No deseo especificar  Transgénero femenino  
\* Para pacientes mayores de 18 años

Orientación Sexual  Heterosexual  Gay/lesbiana  Bisexual  
 No especificada  En duda/sin determinar  No deseo especificar  
\* Para pacientes mayores de 18 años

Estado Civil  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Legalmente separado/a  Compañero/a de vida

Empleo  De tiempo completo  De tiempo parcial  Sin empleo y buscando trabajo  
 Sin empleo, no buscando trabajo (ex. Jubilado, discapacitado, cuidador no pagado)

Empleador \_\_\_\_\_

Estudiante  De tiempo completo  De tiempo parcial Escuela \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Idioma preferido  Inglés  Español  Marshallese  Otro \_\_\_\_\_

¿Necesita intérprete?  Sí  No

¿Es veterano?  Sí  No

¿Cómo se enteró Community Clinic?  Amigo o familiar  Oficina de doctor  Sala de emergencia  
 Agencia de servicio social  Escuela  Connect Care/Medicaid  Sin cita previa  
 Radio/periódico  Internet/redes sociales  Departamento de salud

Account# \_\_\_\_\_

Favor de llenar la información de la persona responsable de la cuenta:

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2º nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # de apt \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Relación del paciente a la persona responsable  Uno mismo  Hijo/a  Esposo/a  Guardián/Tutor  Otro

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \* Información requerida para pacientes con seguro.  
Mes Día Año

Teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Empleador de la persona responsable \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Favor de proveer la información siguiente sobre su seguro médico:

Nombre de la compañía de seguro \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del poseedor de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ \* Información requerida

Número de seguro del poseedor de la póliza \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del empleador del poseedor de la póliza \_\_\_\_\_

Descuentos disponibles para los que califiquen. Pregunte al personal de la clínica para más información.

Para pacientes menores de 18 años, favor de llenar la información siguiente sobre los padres/tutores con derechos de custodia:

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2º nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Teléfono primario ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # de apt \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2º nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Teléfono primario ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ # de apt \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Account# \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2º nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

### PERMISO PARA TRATAMIENTO MEDICO O DENTAL:

(Iniciales aquí)

- Doy permiso al proveedor de salud y a su personal de administrar el tratamiento necesitado.
- Entiendo que no se pueden garantizar los resultados del tratamiento.
- Doy permiso para que estudiantes supervisados estén presentes durante mi visita, pero puedo pedir que se retiren en cualquier momento.

### CITAS:

(Iniciales aquí)

- Estoy de acuerdo en que voy a llegar a tiempo a mis citas.
- Entiendo que debo llamar a la Clínica con 24 horas de anticipación para cancelar una cita.
- Entiendo que si pierdo 3 citas sin avisar (con 24 horas de anticipación) puedo ser despedido de la Clínica.

### AVISO DE PRIVACIDAD:

(Iniciales aquí)

- Tuve la oportunidad de leer y obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica (la forma HIPAA).

### ACCESO A ARCHIVOS/RECORDS MEDICOS:

(Iniciales aquí)

- Estoy de acuerdo que toda la información protegida de salud pueda estar disponible electrónicamente a través del intercambio de información de salud electrónica a otros proveedores y planes de salud que requieran mi información para efecto de tratamientos y pagos. Entiendo que la participación en el intercambio de información de salud electrónica también permite que Community Clinic vea mi información para propósito de tratamientos y pagos. Estoy de acuerdo que mi información esté disponible para reclamos de pagos de cuidados de salud y para el intercambio de información de salud.
- Estoy de acuerdo en que los archivos/records médicos sean usados para la evaluación de programas, proyectos y estudios profesionales, entendiendo que toda la información personal que me identifique será removida.

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA O DE PAGO

(Iniciales aquí)

- Yo proveeré la información de mi plan de seguro médico a Community Clinic y permitiré la información necesaria de mi historia médica, diagnosis y tratamiento para los propósitos de reclamos médicos y pagos del seguro médico.
- Entiendo que se espera que yo pague a la Clínica Comunitaria por los servicios recibidos.

### RECETAS MEDICAS

(Iniciales aquí)

- Toda petición para volver a surtir sus medicamentos puede tomar hasta 72 horas. Si una petición es hecha un día viernes puede ser que no sea completada hasta el día martes. Debido a esto, se le recomienda a los pacientes que hagan su petición de medicamentos cinco (5) días antes de quedar sin sus medicinas para evitar una demora en satisfacer su petición.

### PROGRAMA DE AYUDA DE RECETAS MEDICAS

(Iniciales aquí)

- Nuestra clínica puede participar en algunos programas que ofrecen medicamentos gratis o a precio reducido para nuestros pacientes. Usted puede calificar para participar en alguno de estos programas. **EL COSTO TOTAL DE LA MATRICULA POR AÑO ES DE \$25.00.**
- El Programa de Ayuda con Recetas Médicas puede requerir su permiso para divulgar a la compañía farmacéutica su estado financiero, enfermedades, y/o el tratamiento. Su firma es requerida en ciertos formularios.
- Al firmar, usted está autorizando a los especialistas de reembolso de este programa que firmen por usted como su agente para las solicitudes y cualquier formulario que el programa pueda requerir

**Esta forma debe ser firmada por el paciente o el padre/tutor del paciente antes de recibir cualquier tratamiento.**

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y entiendo este documento.

(Escriba el nombre del paciente)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Community Clinic es un centro de servicios médicos centrado en el paciente. Esto significa que uno de nuestros objetivos es proveerle con los recursos para ayudarlo a usted y a su familia. Le pedimos que conteste las siguientes preguntas para que nosotros tengamos una mejor idea de cómo ayudarlo.

¿Cuál es la situación actualmente de su vivienda?

- Tengo vivienda
- No tengo vivienda (viviendo con otros, en un hotel, en un albergue, en la calle, en la playa o en un parque)
- Prefiero no responder a esta pregunta.

¿Le preocupa que pudiera perder su vivienda?

- Sí
- No
- Prefiero no responder a esta pregunta.

¿Cuál es el nivel escolar más alto que ha completado?

- Escuela primaria
- Preparatoria
- Colegio, Universidad o colegio técnico
- Prefiero no responder a esta pregunta.

Actualmente o en el año pasado, ¿usted o alguna persona en su hogar tuvo que privarse de algo que realmente se necesitaba?

- Alimentos
- Ropa
- Servicios públicos
- Cuidado infantil
- Medicina o cualquier cuidado de salud (medico, dental, salud mental)
- Teléfono
- Otro (favor de escribirlo) \_\_\_\_\_
- No tengo problema para satisfacer mis necesidades.
- Prefiero no responder a esta pregunta.

¿La falta de transportación le ha impedido ir a citas médicas, a reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? [Marque todos las que aplican]

- Sí, me ha impedido ir a citas médicas o a recoger mis medicamentos
- Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo, o conseguir cosas que necesito
- No.
- Prefiero no responder a esta pregunta.

¿Con qué frecuencia convive o conversa con personas por las que se preocupa y son cercanas a usted? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o reuniones)

- Menos de una vez por semana
- 1 o 2 veces por semana
- de 3 a 5 veces por semana
- Más de 5 veces por semana
- Prefiero no responder a esta pregunta.

Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso o no puede dormir en la noche porque su mente está preocupada. ¿Usted se siente estresado?

- Para nada
- Un poquito
- Algunas veces
- Bastante
- Mucho
- Prefiero no responder a esta pregunta.