

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

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  
\* Para pacientes mayores de 18 años  Otro  No deseo especificar  Transgénero femenino

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

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 de 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 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 proteger su privacidad, Community Clinic solicita que usted enliste a los miembros de su familia, amigos, o alguna otra persona que pueda tener acceso o indagar sobre su Información de Salud Protegida (PHI), la cual incluye registros dentales, registros médicos, facturación e información financiera.

Esta autorización puede ser modificada o revocada en cualquier momento con un aviso por escrito a la clínica.

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a Community Clinic que otorgue a las siguientes personas el acceso a mi información de salud protegida:

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 \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono primario ( ) \_\_\_\_\_

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

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

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

Relación \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono primario ( ) \_\_\_\_\_

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

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

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

Relación \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono primario ( ) \_\_\_\_\_

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

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

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

**PERMISO PARA TRATAMIENTO MEDICO O DENTAL:**

- 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:**

- 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:**

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

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA O DE PAGO**

- 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 Community Clinic por los servicios recibidos.

**RECETAS MEDICAS**

- 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.

**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.

**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