

# Formulario de Registro del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre Legal (como aparece en su tarjeta de seguro):**

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Nombre que Prefiere:** \_\_\_\_\_

**Pronombre que Prefiere:** \_\_\_\_\_

Si bien WCHC reconoce una serie de sexos / géneros, muchas compañías de seguros y entidades legales no lo hacen. Tenga en cuenta que su nombre legal y sexo que figuran en su tarjeta de seguro deben usarse en los documentos relacionados con el seguro y la facturación. Si su nombre y pronombres preferidos son diferentes, asegúrese de incluirlos en el espacio de arriba.

**Sexo Legal (sexo en documentos legales )**

Masculino [ ] o Femenino [ ]

**Identidad que tiene ahora**

Masculino [ ] Femenino [ ]

Masculino transgénero (FTM) [ ]

Femenino transgénero (MTF) [ ]

Genderqueer/nonbinary [ ]

Prefiere no decir [ ]

**Cuando nació, le asignaron el sexo**

Masculino [ ] o Femenino [ ]

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa :** \_\_\_\_\_

**Teléfono celular :** \_\_\_\_\_

**Dirección de Donde Vive**

**Calle:** \_\_\_\_\_ **#:** \_\_\_ **Cuida:** \_\_\_\_\_ **Estado :** \_\_\_ **Postal :** \_\_\_\_\_

**Dirección para Recibir Correo:**

**Calle:** \_\_\_\_\_ **#:** \_\_\_ **Cuida:** \_\_\_\_\_ **Estado :** \_\_\_ **Postal :** \_\_\_\_\_

**Persona Responsable** [ ] Yo [ ] Esposo [ ] Padre [ ] Otro-? \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_

**Contacto De Emergencia**

Esta es la persona a la que le gustaría llamar en caso de una emergencia.

Esta persona no tiene la autoridad para tomar decisiones médicas en su nombre.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**Parentesco del paciente:** \_\_\_\_\_

**Información De Ingresos**

**Ingresos Mensuales en Bruto :** \$ \_\_\_\_\_ [ ] Mensual or [ ] Anual

**Número de niños y adultos que dependen de estos ingresos:** \_\_\_\_\_

**¿Está usted / sus dependientes asegurados?** [ ] Si [ ] No

Farmacia que Prefiere

Farmacia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

La siguiente información es solo para fines demográficos y no afectará su atención.

Raza (marque todo lo que corresponda):

- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Hawaiano
- Afro Americano/Negro
- Caucásico/Blanco
- De otras Islas Del Pacífico
- No quiero decir

Idioma Principal:

\_\_\_\_\_

¿Necesita traducción?  Si  No

¿Es usted un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

- Si
- No

Su Grupo Étnico es:

- Hispano or Latino
- No Hispano or Latino
- No quiero decir

Estado actual de la Vivienda

- Tengo vivienda
- No tengo vivienda permanente

¿Esta o estuvo en?:

- Viviendo con alguien
- Calle/Camping/carro
- Vivienda transitoria
- Refugios para desamparados
- Otro: \_\_\_\_\_

Piensa usted que es:

- Lesbiana o Gay
- Heterosexual
- Bisexual
- No Sé
- \_\_\_\_\_
- No quiero decir

Estatus del trabajador agrícola

- Trabajador Agrícola Migratorio
- Trabajador agrícola estacional
- No es un trabajador agrícola
- No quiero decir

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que la información que proporcioné en este formulario es verdadera, correcta y completa.

Firma del Pacient/Custodio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el paciente/tutor no puede firmar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco del paciente: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY

<p>West County Health Centers esta dedicado a prestar servicios de atención medica de alta calidad para toda la comunidad. Parte de estos servicios es explicar a los pacientes cuales son los reglamentos básicos para brindarle esa atención medica. Para brindarle tratamiento y poder cobrarle a su seguro medico por esos servicios, necesitamos que usted lea todo lo que decimos en este formulario y necesitamos que firme abajo diciendo que está de acuerdo con lo que decimos a continuación. Si tiene alguna pregunta, por favor hágala antes de firmar este formulario.</p>	
Autorización para Recibir Tratamiento	Al firmar a continuación, estoy autorizando y dando permiso para que me hagan los procedimientos necesarios para los diagnósticos y tratamiento para mi y para mi familia mientras sea paciente de West County Health Center. WCHC proporciona atención medica primaria integrada y usa un sistema electrónico integrado de registros de salud, lo que significa que la información de los pacientes puede ser compartida y que partes de sus registros son vistos por el personal de salud que trabaja en colaboración para apoyar la atención medica que proveemos.
Proveedores de Atención Medica en Entrenamiento	West County Health Centers algunas veces tiene enfermeras, doctores, y otros proveedores de cuidado medico que están siendo entrenados bajo la supervisión de los empleados y proveedores de West County Health Centers. Con su firma a continuación, usted está diciendo que está de acuerdo para que estas personas en entrenamiento puedan estar presentes cuando a usted le están dando cuidado medico en West County Health Centers.
Pago por los Servicios	Al firmar a continuación, usted acepta pagar por los servicios que le demos en West County Health Centers en el momento en que los reciba, incluyendo su co-pago, co-seguro, o deducible; a menos que haya hecho algún otro acuerdo con West County Health Centers. Usted también acepta que tiene la responsabilidad de todos los cargos, sin importar que alguna parte de ellos los pague un seguro medico. Si no paga por los servicios, con su firma a continuación, usted acepta que pagará todos los costos de recolección de esa cantidad suya sin pagar, incluyendo los honorarios razonables de un abogado.
Asignación de Beneficios por Seguro Medico	Al firmar a continuación y proporcionarnos su información de seguro medico, usted aprueba para que West County Health Centers le presente reclamos de pago a su plan de seguro medico, Medicare, Medi-Cal o cualquier otro plan o programa de seguro medico que pueda pagar por su atención medica. Además estará asignando a West County Health Centers los beneficios de esos seguros o programas y esta de acuerdo en que los beneficios los paguen directamente a West County Health Centers.
Ayuda Económica	West County Health Centers tiene un programa de pago en escala/de costos reducidos basados en los ingresos de su familia. Para solicitar este programa, usted debe presentar comprobantes de ingresos como talones de cheques, beneficios de desempleo, AFDC, declaraciones de impuestos, cheques de pensión alimenticia, declaraciones de pensión, etc. Al firmar a continuación, usted reconoce que West County Health Centers le ha informado sobre esta política.
Historial de Farmacia (opcional)	Por medio de este documento, estoy dando mi permiso para que en West County Health Centers, Inc., puedan ver el historial de mis recetas medicas de fuentes externas. _____(iniciales)
Notificación de Practicas de Privacidad	En West County Health Centers estamos comprometidos en proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. El aviso completo de privacidad está disponible bajo petición y declara: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.</li> <li>• Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que guardamos sobre usted.</li> <li>• Sus derechos relacionados con su información personal de salud.</li> <li>• Nuestros derechos de cambiar nuestro aviso de prácticas de privacidad.</li> <li>• Cómo presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.</li> <li>• Las condiciones que se aplican a usos y divulgaciones no descritas en este aviso.</li> <li>• La persona a quien contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.</li> </ul> <input type="checkbox"/> El paciente no quiso recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad
Copia de este formulario	Tiene derecho a una copia de este formulario una vez que lo haya firmado, solo pregúntenos.
Declaración de Derechos y Responsabilidades	Yo, _____, por este medio reconozco que he recibido una copia de la Declaración de Derechos y Responsabilidades de los Pacientes y que me han contestado las preguntas que hice.
Firma	<p>_____</p> <p><b>Firma del Paciente</b> <span style="float: right;"><b>Fecha</b></span></p> <p>Del Representante del Paciente, de los Padres Encargados, o Poder Legal</p>