

Información del Paciente**Registro para Nuevos Pacientes Adultos**

Apellido Legal _____

Nombre Legal _____

Inicial _____

Nombre Preferido/Apodo _____

Por favor entregue su tarjeta de identificación al recepcionista..

Fecha Nacimiento _____

Dirección Física _____

Dirección Postal (si es diferente a la física) _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

¿Su médico de cabecera está en el CHC? No Sí¿Su dentista de cabecera está en el CHC? No Sí**Información de Contacto del Paciente**Teléfono primario Celular

Teléfono alternativo _____

Correo Electrónico* _____

Número de contacto preferido: _____

 Teléfono primario Teléfono alternativo Tiene mi permiso para dejar un mensaje detallado en mi teléfono preferido Tiene mi permiso para enviar carta detallada a mi dirección postal

¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?

 Correo Electrónico Llamada Texto Mensaje de voz

Nombre de Contacto de Emergencia _____

Relación/Parentesco _____

Número de Teléfono _____

Datos Demográficos adicionales del Paciente (UDS)¿Es usted una persona sin hogar? No Sí¿Es usted trabajador agrícola? No Sí

¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos? Esto incluye: Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Infantería de Marina, Armada, Fuerza Espacial, Guardia Nacional o Reservas o el Servicio de Salud Pública de EE. UU. (PHS) y la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA): Sí No

¿Cual es su farmacia preferida? (nombre y ubicación) _____

Información de Seguro Primario**Por favor, entregue su tarjeta del seguro al personal de recepción.*¿Hay alguien con quien le gustaría que compartiéramos su información **médica/dental general**?*

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

***Información Médica/Dental General no incluye; tratamiento, diagnóstico, resultados de pruebas, otra información de salud sensible o información reproductiva, para este consentimiento usted necesita llenar una forma llamada Autorización para Proporcionar/Obtener Información Confidencial Médica/Dental.**

Autorización, Consentimiento y and Cesión de Beneficios

Por la presente doy consentimiento para la atención ambulatoria con Community Health Care con un equipo multidisciplinario de médicos. Esta atención puede incluir: Evaluación, Diagnóstico, Consulta y tratamiento para atención Médica, Psiquiátrica, de Salud del Conductual y/o Dental Estos servicios se pueden brindar en una de nuestras clínicas o mediante un sistema de telemedicina, utilizando equipos de videoconferencia. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Community Health Care y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo con la divulgación de información relacionada con el tratamiento/consulta de atención médica, psiquiátrica, de salud conductual y/o dental con el propósito de pago u operaciones de atención médica. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada y se utilizará para reclamos futuros. Puedo revocarlo en cualquier momento mediante notificación por escrito. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Community Health Care. Entiendo que Community Health Care me facturará a mí o a mi Seguro por visitas médicas en persona, audiovisuales y de audio solamente, dentales y/o de salud mental.

Firma: _____

Fecha: _____

Solo para uso del personal de oficina (For Office Use Only)

Initials _____