

**Información del Paciente****Actualización anual del registro de menores**

Apellido Legal \_\_\_\_\_ Nombre Legal \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Nombre Preferido/Apodo \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Solo para uso del personal de oficina (For Office Use Only): \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_

## Información Sobre la Parte Responsable

Apellido Legal \_\_\_\_\_

Nombre Legal \_\_\_\_\_

Inicial \_\_\_\_\_

Nombre Preferido/Apodo \_\_\_\_\_

Núm. Seguro Social  Declinado

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_

*Por favor entregue su tarjeta de identificación al recepcionista.*

Género asignado al nacer:  Masculino  Femenino

Pronombre Preferido:  Prefiero no responder  El/a El/de El  Ella/a Ella/de Ella

Ellos/a Ellos/de Ellos  Ze/Hir  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es diferente a la física) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

¿Sería útil un intérprete para su visita?  Sí  No

Lenguaje Primario \_\_\_\_\_

## Información de Contacto de la Parte Responsable

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 de la Parte Responsable (UDS)

¿Es usted una persona sin hogar?  No  Sí

¿Es usted trabajador agrícola?  No  Sí

¿De que origen étnico se considera usted?

Cubano/a  Chicano/a  Mexicano/a  Mexicoamericano/a  
 Puertorriqueño/a  Otro origen hispano, latino o español  
 No de origen hispano, latino o español  Prefiero no responder

¿De que raza se considera usted?

Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático indio/asiática india  Negro/Afroamericano  
 Chino/a  Filipino/a  Guameño/a o chamorro/a  Nativo Hawaiano  
 Japonés/esa  Coreano/a  Otro origen asiático  Otro Isleño del Pacífico  
 Samoano/a  Vietnamita  Blanco  Prefiero no responder

¿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

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

