


Registro del paciente

Nombre legal:* Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Nombre que usa:
Sexo legal (marque una opción):* <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <i>* Si bien PrimeCare reconoce diversos géneros/sexos, muchas compañías de seguros y entidades jurídicas lamentablemente no lo hacen. Tenga en cuenta que el nombre y sexo que haya indicado en su compañía aseguradora deben ser los que usa en los documentos relacionados con seguros, facturación y correspondencia. Infórmenos si su nombre y pronombres preferidos difieren de estos.</i>				Pronombres:
Fecha de nacimiento: Mes Día Año	N.º de Seguro Social:		Dirección de correo electrónico:	

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comunicarnos con usted en forma rápida y discreta para brindarle información importante.

Teléfono particular: () - ¿Se pueden dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono celular: () - ¿Se pueden dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo: () - ¿Se pueden dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número al que prefieren que lo llamen: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Domicilio: Calle Ciudad Estado Código postal			
Ocupación: Nombre del empleador/de la escuela: ¿Cuenta con seguro de la escuela o del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del contacto de emergencia: Número de teléfono: Relación con usted:			
<i>Si tiene menos de 18 años, el Departamento de Salud Pública (Department of Public Health) requiere que usted proporcione información de contacto de su padre/tutor.</i>			
Nombre del padre/tutor: Número de teléfono: Relación con usted:			
PrimeCare le enviará correspondencia, como las facturas, a su domicilio postal. ¿Cómo prefiere recibir otros tipos de correspondencia escrita? (marcar una opción) <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (MyChart) <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Otro			

Esta información es solo para fines demográficos y no afectará la atención que usted reciba.

1.) ¿Cuáles son sus ingresos anuales? <input type="checkbox"/> \$0-\$15,000 <input type="checkbox"/> \$45,001-\$60,000 <input type="checkbox"/> \$15,001-\$30,000 <input type="checkbox"/> \$60,001-\$75,000 <input type="checkbox"/> \$30,001-\$45,000 <input type="checkbox"/> Más de \$75,000 <input type="checkbox"/> Prefiere no responder ¿Cuántas personas (incluido usted) mantiene con sus ingresos? _____	2.) Situación laboral: <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante	3.) Grupo(s) racial(es): <i>(Marque todos los que correspondan)</i> <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska/Inuit <input type="checkbox"/> Islaño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Se niega a responder	4.) Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Latina <input type="checkbox"/> No hispano/Latino/Latina <input type="checkbox"/> Se niega a responder 5.) País de nacimiento <input type="checkbox"/> EUA (USA) <input type="checkbox"/> Otro: _____
6.) Idioma preferido: <i>(Elegir una opción)</i> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Polskie <input type="checkbox"/> Otro _____	7.) Usted se considera a sí mismo como: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Hetero o heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no informar	8.) Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro _____ 9.) Condición de veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano	10.) Vivienda: ¿Reside usted en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se encuentra usted sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿dónde pasa la noche? <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Hogar transitorio <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Otro _____
11.) ¿Cuál es su identidad de género? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino/de femenino a masculino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino/de masculino a femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se niega a responder	13.) Atención médica: ¿Cuenta con un representante para atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene directivas anticipadas (testamento en vida, poder legal)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Necesita atención diaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿quién es su cuidador de atención primaria? _____ ¿Tiene órdenes médicas para recibir tratamiento de soporte vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VEA EL REVERSO 	
12.) ¿Qué sexo le fue asignado al nacer? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			

Consentimiento del paciente para el tratamiento

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Consentimiento para el tratamiento Autorizo a PrimeCare Community Health, Inc. (PCH) y a los miembros del personal médico, de enfermería, de salud conductual y a otros profesionales, a brindar servicios de atención médica y a administrar procedimientos y tratamientos terapéuticos y de diagnóstico, según se consideren necesarios o aconsejables para mi atención, de acuerdo con el criterio del personal médico de PCH. Eso incluye todos los análisis y procedimientos diagnósticos de rutina, como las radiografías de diagnóstico, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para su análisis en el laboratorio. Comprendo que no se me garantizan los resultados ni la eficacia de los tratamientos o exámenes llevados a cabo por el personal de PCH.

Asignación de beneficios Le asigno a PrimeCare Community Health todos los beneficios a los que tenga derecho por parte de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, aseguradoras y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y del tratamiento proporcionado por PCH).

Obligaciones financieras Acepto que, excepto por las limitaciones que se me apliquen por ley o por los acuerdos de PCH con terceros pagadores, en el caso de falta de pago por un tercero al cual yo le haya asignado beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios prestados en los centros de PCH de acuerdo con las tarifas y los términos de PCH en vigor a la fecha del servicio. Además, acepto que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable.

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente o que estoy debidamente autorizado por el paciente para actuar como su representante a fin de ejecutar este formulario y aceptar sus términos.

Firma del paciente o de la parte responsable: _____ Fecha: _____

Naturaleza de la relación con el paciente (si el paciente no firma):