

Formulario de registro del paciente

Completar en letra de imprenta

«encDate»

Información del paciente				
Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre
Apodo		Número de Seguro Social		Dirección de correo electrónico
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo en el nacimiento <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negarse a responder		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> en Pareja <input type="checkbox"/> Legalmente separado(a)				
Situación laboral <input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Militar				
Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negarse a responder				
Estado del trabajo de temporada/migrantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negarse a responder				
Dirección postal Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____				
Dirección física (si es diferente) Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____				
Teléfono principal <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular (____) ____ - ____ ¿Se puede dejar mensajes a ese número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferido				
Teléfono adicional <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular (____) ____ - ____ ¿Se puede dejar mensajes a ese número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferido				
Teléfono laboral (____) ____ - ____ ¿Se puede dejar mensajes a ese número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferido				
Información de la parte responsable/tutor (si es diferente al paciente o es menor de 18 años)				
Nombre		Número de teléfono (____) ____ - ____		Relación con el paciente
Dirección Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____				
Información de contacto de emergencia				
Nombre		Número de teléfono (____) ____ - ____		Relación con el paciente
Dirección Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____				
¿Es el tutor legal de contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Información Del Seguro	Seguro Primario	Seguro Secundario	Otro Seguro Medico
Nombre del Seguro:			
Dirección del Seguro:			
Nombre del suscrito			
Numero de identificación			
Numero de grupo			

Proveedor de atención primaria	
Nombre y apellido	Número de teléfono (____) ____ - ____
Nombre de la clínica	Número de fax «PcpFax» (____) ____ - ____
Proveedor que deriva	
Nombre y apellido	Número de teléfono (____) ____ - ____
Nombre de la clínica	Número de fax «RefPrFax» (____) ____ - ____
Farmacia preferida	
Nombre	Número de teléfono (____) ____ - ____
Dirección	Número de fax (____) ____ - ____
Laboratorio preferido	
nombre	número de teléfono (____) ____ - ____
dirección	número de fax (____) ____ - ____
Información adicional	
Southwest CARE Center ofrece asistencia para solicitar la cobertura de Medicaid de Nuevo México y proporciona una escala variable de tarifas para personas cuyos ingresos se encuentran por debajo del 200% del nivel de pobreza federal.	
¿Desea hablar con un especialista en requisitos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una directiva anticipada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es sí, presente una copia de su directiva en su próxima cita).	
<input type="checkbox"/> Me niego a compartir la información que aparece a continuación Raza: <input type="checkbox"/> Indio(a) americano(a) o Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> asiático(a) <input type="checkbox"/> asiático indio(a) <input type="checkbox"/> Filipino(a) <input type="checkbox"/> coreano(a) <input type="checkbox"/> Otro asiático(a) <input type="checkbox"/> chino(a) <input type="checkbox"/> japonés(a) <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hawaiano(a) <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano(a) <input type="checkbox"/> Guamanían o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> raza negra o afroamericano(a) <input type="checkbox"/> raza blanca/caucásico <input type="checkbox"/> Otro _____	

origen étnico:

- No hispano(a) Hispano(a) o Latino(a)
 mexicano(a), mexicano(a) americano(a), Chicano cubano(a)
 puertorriqueño(a) Otro Hispano(a), Latino(a) o otro Origen español

Idioma nativo: _____ Idioma preferido: _____

¿Necesita un traductor? Sí No Preferido

Para los propósitos de las obligaciones de informes de SCC a nuestras fuentes de financiamiento, indique el tamaño de su hogar y el ingreso anual estimado de su hogar (incluyendo los ingresos de todos los miembros del hogar que viven con usted).

Tamaño del hogar: _____ Ingreso anual del hogar: _____

Firma del paciente

Por medio del presente, confirmo que toda la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Nombre en letra imprenta _____

X _____

Firma del paciente

Fecha _____

Si no está firmado por el paciente, indique su relación con el paciente: _____

Confirmación

Consentimiento para recibir tratamiento:

Doy mi consentimiento para recibir los servicios de salud y tratamientos necesarios de los proveedores autorizados en Southwest CARE Center. Autorizo a todos los proveedores de Southwest CARE Center a acceder a mis registros e información médica según sea necesario para mi atención médica. Como cliente de Southwest CARE Center, entiendo que recibo servicios de forma voluntaria de Southwest CARE y que tengo ciertos derechos, entre ellos, el derecho a tener registros y visitas confidenciales. También certifico que la información que proporcioné en este documento es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Notificaré a Southwest CARE Center cualquier cambio de la información que se encuentra en este historial.

Asignación de beneficios:

Por medio del presente, autorizo a mi compañía aseguradora a realizar pagos como asignación directa de mis derechos y beneficios bajo mi acuerdo con Southwest CARE Center. También autorizo la divulgación de la información pertinente a mi caso a mi compañía aseguradora. La fotocopia de la asignación y el formulario de divulgación de información serán considerados tan efectivos y válidos como el documento original.

Acuerdo financiero:

Entiendo que soy responsable de todos los montos que no pague mi compañía aseguradora. También entiendo que el pago, copago y deducibles de todos los servicios administrativos deben pagarse en el momento en que se brindan los servicios. Los pagos por los servicios prestados que reciba deben realizarse dentro de los 30 días. Solicito y autorizo el cuidado ambulatorio, según consideren necesario o recomendable mi médico, su asistente o persona designada.

Derivaciones:

Si mi compañía aseguradora (que incluye Medicaid) exige una derivación, es mi responsabilidad obtener esta derivación de mi médico de atención primaria antes de mi primera consulta médica. En el caso de que elija realizar una consulta sin la derivación correspondiente, entiendo que seré responsable de todos los cargos asociados con los servicios prestados.

Servicios de farmacia:

Southwest CARE Center ofrece servicios de farmacia. Entiendo que no tengo la obligación de utilizar estos servicios.

Participación del equipo multidisciplinario:

Southwest CARE Center utiliza un enfoque de equipo multidisciplinario para brindar atención médica y servicios. La información médica o social pertinente a su cuidado podría ser divulgada a las distintas disciplinas.

Contacto de emergencia:

Entiendo que en el caso de una emergencia, se podría notificar a la persona de contacto que indiqué en este formulario.

Por medio de la presente, reconozco la declaración de entendimiento de lo siguiente: el consentimiento para recibir tratamiento, la asignación de beneficios, el acuerdo financiero, las derivaciones, los servicios de farmacia, la participación del equipo multidisciplinario y el contacto de emergencia.

Nombre en letra imprenta

X _____
Firma

Fecha

Si no está firmado por el paciente, indique su relación con el paciente: _____