

**NUEVA FORMA DE REGISTRO DE PACIENTES**

# De cuenta: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Media inicial:	Nombre preferido:
Dirección postal:			
Dirección (si difiere de la dirección de correo):		Ciudad:	Estado: Código postal:
Teléfono de casa:		Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo:	No. de Seguro Social:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Pareja
La identidad de género: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenina <input type="checkbox"/> Hombre transexual (mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Mujer transexual (hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> optar por no divulgar		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Recta or heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, o homosexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Optar por no divulgar <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Persona responsable de la cuenta</b> <input type="checkbox"/> Uno mismo (si, deje en blanco) <input type="checkbox"/> padre o Tutor Legal <input type="checkbox"/> cónyuge			
Nombre:	Media inicial:	Apellido:	
Dirección postal:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Fecha de nacimiento:	Número del Seguro Social:	Sexo:	Número de teléfono:
El garante es paciente de CVHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contacto de emergencia:		HIPPA: (Circule uno) Sí o No	
Relación:		Número de teléfono:	
INFORMACIÓN PARA EL EMPLEADOR			
Nombre del empleador:		Dirección del empleador:	
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO			
Nombre de seguro médico primaria:	Persona inscrita en la póliza (si no paciente):	Fecha de Nacimiento de la persona inscrita: ____/____/____	
Nombre de seguro médico secundario:	Persona inscrita en la póliza (si no paciente):	Fecha de Nacimiento de la persona inscrita: ____/____/____	
Nombre del seguro dental:	Persona inscrita en la póliza (si no paciente):	Fecha de Nacimiento de la persona inscrita: ____/____/____	
Relación del paciente a la persona inscrita: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/Hija <input type="checkbox"/> por favor especifique _____			

Preferred Pharmacy:	Location:
---------------------	-----------

**REVELACIONES A SUS FAMILIARES Y AMIGOS**

Las nuevas regulaciones de HIPAA de gobierno requieren el permiso del paciente en orden para cualquier profesional de la salud hablar con familia, amigos o cuidadores con respecto a su información de salud protegida, excepto en casos de emergencia.

Por favor indique su opción de los individuos para poder revelar/discutir su información médica privada. Por favor liste a los que usted autorice (ej: cónyuge, hijos, hermanos o cuidadores) y recuerda que incluso su cónyuge debe estar en la lista si está bien que hablemos con ellos.

Nombre:	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	Teléfono:	HIPPA: (Circule uno) Sí o No
Dirección postal:	Ciudad	Estado:	Código postal:

Díganos la mejor manera de contactarlo para recordatorio de citas, mensajes, etc.:

- Casa    Cel    Mensaje de texto    Correo electrónico  
 Casa    Breve (no información clínica)    Extenso (con información clínica)  
 Cel    Breve (no información clínica)    Extenso (con información clínica)

Correo electrónico del paciente:

**INFORMACION DEMOGRAFICA**

Raza:  blanco    negro o afroamericano    Asia    otras islas del Pacífico    Nativo Hawaiano u otras islas del Pacífico  
 indio americano    nativos de Alaska    otra raza    no reglamentada/se negó a informar

Origen étnico:  hispano o latino    no hispano o Latino    se negó a informar

Idioma:  Inglés    Español    otros      Traductor:  sí    No

Es usted un veterano?:  Sí    No      Eres un trabajador temporal?:  Sí    No  
 ¿Eres migrante?:  Sí    No      Esta sin hogar?:  Sí    No  
 Está usted limitado en dominio del inglés?:  Sí    No      Está en la vivienda pública?:  Sí    No  
 Escucho sobre nosotros en Facebook?  Sí    No

Por favor lee los puntos abajo y pongas iniciales al lado de cada elemento, y luego firme y feche como se ha señalado.	Inicial
<b>Consentimiento de Tratamiento:</b> Yo doy consentimiento para mi o mi hijo para recibir servicios médicos, dentales, o de salud mental.	
<b>Práctica de privacidad:</b> He leído y entiendo el "Aviso de prácticas de privacidad" de CVHS	
<b>Política de colecciones:</b> He leído y entiendo la "Política de la colección" de CVHS	
<b>Seguro:</b> Autorizo a CVHS dar información a mi compañía de seguros con respecto a mi salud o atención médica o dental. Asignar CVHS a recibir el pago de reclamaciones de seguros presentadas por CVHS para servicios médicos, dentales, ó salud mental. Entiendo que soy responsable por el pago de todos los cargos. También entiendo que soy responsable por asegurarse de que mi seguro cubrirá citas con CVHS y con especialistas a la que soy referido por los proveedores de CVHS.	

Por favor tenga su tarjeta de seguro disponible a su llegada.

**Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_