

**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 indicado en Acta de Nacimiento: ☐ Masculino ☐ Femenino		No. de Seguro Social:	
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Pareja		Orientación sexual: ☐ Recta or heterosexual ☐ Bisexual ☐ Lesbiana, gay, o homosexual ☐ No sé ☐ Optar por no divulgar ☐ Otro		
Persona responsable de la cuenta ☐ Uno mismo (si, deje en blanco) ☐ padre o Tutor Legal ☐ cónyuge				
Nombre:		Media inicial:	Apellido:	
Dirección postal:		Ciudad:		Estado: Código postal:
Fecha de nacimiento:	Número del Seguro Social:		Sexo:	Número de teléfono:
El guarantor es paciente de CVHS? ☐ Sí ☐ No				
Contacto de emergencia:			HIPPA: (Circule uno) ☐ Sí ☐ No	
Relación:			Número de teléfono:	
INFORMACIÓN PARA EL EMPLEADOR				
Nombre del empleador:			Dirección del empleador:	
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO				
Nombre de seguro médico primario:	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: ☐ Uno mismo ☐ cónyuge ☐ Hijo/Hija ☐ por favor especifique _____				
Farmacia preferida:		Dirección:		
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			
En qué condado vive?:			
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 informe			
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	
Por favor lea los puntos abajo y ponga sus iniciales al lado de cada cuadro, y luego firme y feche como se ha señalado.			Inicial
Consentimiento de Tratamiento: autorizo y doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico, dental, farmacia, salud mental, psiquiatría, manejo de mi caso, telemedicina y cuidado coordinado para mí o mi hijo/ja menor de edad			
IA Autorización : yo autorizo a recibir servicios de CVHS y reconozco que todas las herramientas de asistencia pueden ser utilizadas para apoyar el cuidado clínico y de documentación. Todas las leyes de privacidad como HIPAA serán aplicables. Si tengo alguna pregunta con respecto a ellas consultaré con mi proveedor, el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.			
Práctica de privacidad: Prácticas de Privacidad: reconozco haber leído, entendido y estoy de acuerdo con CVHS aviso de práctica de privacidad. Política de cobros: reconozco haber leído, entendido y estoy de acuerdo con las políticas de cobro y mi responsabilidad financiera.			
Política de cobro: He leído y entiendo la "Política de cobro" de CVHS			
Seguro: autorizo a CVHS a liberar información relacionada a mi cuidado médico con mi compañía de seguro. Yo asigno beneficios de seguro médico a CVHS por todos los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos y que esa es toda mi responsabilidad de verificar la cobertura de mi seguro médico por servicios proveídos por CVHS o a cualquier especialista al cual fuese referido.			
Por favor tenga su tarjeta de seguro disponible a su llegada.			
Firma del paciente/tutor: _____		Fecha: _____	
Firma del testigo: _____		Fecha: _____	