

FORMA DE REGISTRACIÓN

Nombre Completo: <i>(apellido, nombre, inicial de segundo nombre)</i>		#de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
Nombre Legal: <i>(el nombre en su certificado de nacimiento o identificación, si diferente)</i>		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <i>(m = hombre, f = mujer) (ID, certificado)</i>	<input type="radio"/> MTF <i>(hombre a mujer)</i> <input type="radio"/> FTM <i>(mujer a hombre)</i> <i>(marque las que se aplica)</i>
Dirección de Domicilio:			Nombre de soltera de su madre: <i>(nombre y apellido)</i>
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Idioma:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Indique lo que podemos hacer si nosotros llegamos a su contestador automático o buzón de voz: <input type="checkbox"/> NO ME DEJES UN MENSAJE, llamar más tarde. <input type="checkbox"/> PUEDE DEJAR UN MENSAJE indicando que hablamos de la clínica. <input type="checkbox"/> NO ME DEJES UN MENSAJE, LLAMAR A MI CONTACTO CONFIDENCIAL para avisarme que llame a la clínica. <i>(complete la sección abajo de Contactos de Emergencia)</i>			
Teléfono de Día:		Celular:	Celular Confidencial #: <i>(sólo para recordatorios de texto)</i>
Correo-Electrónico: _____			
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Es usted veterano/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es Estudiante?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		Nombre de Escuela: _____ <input type="checkbox"/> N/A
Situación de vivienda? <i>(marque uno)</i> <input type="checkbox"/> Propietario/a <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vive con Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Otro		Es usted trabajador de granja migratoria o estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(incluyendo Lenguaje por Señas)</i>		Usa usted un TTY? <i>(teléfono de texto)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cuál es su raza? <i>(Marque uno o más)</i> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negarse a contestar.			
Es usted hispano/a o latino/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contacto de Emergencia 1: Nombre:		Teléfono:	Relación:
Contacto de Emergencia 2: Nombre:		Teléfono:	Relación:
Contacto Confidencial: Nombre:		Teléfono:	Relación:
Esta usted empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, cuál es su ocupación? _____	
Tiene un proveedor de cuidado en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es así: Nombre y Apellido: _____ Relación: _____ Teléfono: _____			
Preferencia de Contacto:	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico		
Quiere recibir recordatorios de citas por texto? <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Sí, use mi celular. <input type="checkbox"/> Sí, use mi celular confidencial.			
Tiene usted algunas restricciones de contacto?		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> No quiero textos. <input type="checkbox"/> No quiero llamadas. <input type="checkbox"/> No quiero letras. <input type="checkbox"/> No quiero correos electrónicos.	
Usted ha ejecutado decisiones avanzadas? <input type="checkbox"/> Sí <i>(por favor de entregar una copia)</i> <input type="checkbox"/> No			
Le gustaría recibir información adicional sobre las decisiones avanzadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Atención Primaria Solamente - GARANTE		
Nombre:	Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
Relación:	Dirección:	Número de Teléfono:
Ingresos: \$	<input type="checkbox"/> Anuales <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Cada Dos Semanas <input type="checkbox"/> Otros: _____	Número de personas en el hogar:

Información sobre Seguros
<p>¿Usted tiene actualmente algún tipo de cobertura/seguranza?</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna Cobertura</p> <p><input type="checkbox"/> Medi-Cal: <input type="checkbox"/> Sí Costo <input type="checkbox"/> De Emergencia Solamente <input type="checkbox"/> Con Costo Cantidad de costo compartido: \$.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A Solamente <input type="checkbox"/> Parte B Solamente <input type="checkbox"/> Parte A y B <input type="checkbox"/> Parte A, B y D</p> <p><input type="checkbox"/> Managed Care (HMO): Nombre de Plan de Salud: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Seguranza Privada: _____</p> <p><input type="checkbox"/> My Health LA</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>

Valley Community Healthcare se dedica a proporcionar a nuestros pacientes la mejor atención médica, independientemente de la cobertura. Con el fin de proporcionar una atención de primera calidad, es importante que usted nos proporcione información precisa y verdadera. Utilizamos esta información para identificarlo y determinar su elegibilidad. También se utiliza para decidir si el programa cubre los servicios y materiales que usted recibirá.

Muchas compañías de seguros, incluyendo Medicare, requieren un co-pago y/o un pago deducible del paciente. Usted es responsable de estos pagos y será mandada a su cuenta. Además, la falta de entregar a la clínica la información correcta y verdadera puede dar lugar a que el pago de sus servicios sea negado, en este caso usted es financieramente responsable de todos los cargos.

Certifico y declare bajo pena de perjurio, bajo las leyes del estado de California que entiendo esta forma y que es verdad, correcta y completa la información proporcionada.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Familiar Responsable: _____ Relación: _____

Favor de no escribir debajo de esta línea.

Registered by: _____ Date: _____