

Registro de pacientes

Nuestra misión: A través de nuestros centros religiosos, mejoramos la salud y el bienestar de las personas de bajos ingresos en las comunidades a las que servimos.

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Para un registro eficiente, complete TODAS las preguntas en este formulario. Si no aplica, marque N/A.

Apellido: _____ Primer nombre: _____	
Segundo nombre: _____ Otros nombres/Alias: _____	
No. de seguro social: - - <input type="checkbox"/> N/A	Fecha de nacimiento: _____
Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____	
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ <i>(Si es diferente al anterior)</i>	
Número(s) de teléfono: <i>(Marque el número preferido)</i> <input type="checkbox"/> Casa: _____ <input type="checkbox"/> Celular: _____ <input type="checkbox"/> Trabajo: _____	Correo electrónico: _____ Idioma preferido: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro: _____ Se necesita intérprete: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénera <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Otro:	
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <i>(atraído exclusivamente a personas del otro sexo)</i> <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual/Gay <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Otro:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	Raza (elija todos los que correspondan):
Etnicidad (seleccione una): <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro hispano//latino <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar <input type="checkbox"/> No hispano/ latino <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ <input type="checkbox"/> Otros asiáticos Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativos <input type="checkbox"/> Negro/ <input type="checkbox"/> Hawaiano Afroamericano <input type="checkbox"/> Otros isleños <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Guamaní o <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chamorro <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Más de una <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> raza <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Opta por no <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> revelar <input type="checkbox"/> Otro: _____
Sordo/Dificultad para oír: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Ciego/Baja visión: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Dificultad para hablar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Necesidades auditivas/visuales: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>(indique abajo)</i> <input type="checkbox"/> Intérprete de lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Intérprete táctil/de signos <input type="checkbox"/> Otro: _____

Religión:	Médico de atención primaria PCP:
¿Tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de compañía de seguro médico y número de ID:

Contacto en caso de emergencia

Nombre:	Teléfono #:	Relación con el paciente:
Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Estado laboral del paciente:

<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Trabaja Propio <input type="checkbox"/> <u>No empleado—vaya a la siguiente sección del formulario</u>		
Empleador/Empresa:	Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	
Estado:	Zona postal:	Condado:
Ocupación:		

Información de la persona responsable financieramente

St. Jude Neighborhood Health, recibe subvenciones que apoyan nuestro trabajo. La(s) subvención(es) **requiere(n)** que recopilemos la siguiente información; Por lo tanto, se **requiere** que se responda.

¿Cuántas personas en su familia/hogar? <i>Tamaño de la familia</i> _____	Ingreso mensual: \$ _____	Cualquier otro salario mensual: \$ _____
PERSONAS SIN HOGAR A partir de anoche, ¿está actualmente sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Si se quedó en un refugio, vivienda de transición, en el sofá de un amigo o en la calle porque no tiene un hogar, debe responder 'sí')</i>		
¿Es usted un veterano (Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es usted o alguien de su familia un trabajador agrícola? <i>*Tenga en cuenta: Las personas que trabajan en jardinería o en una lechería no se consideran trabajadores agrícolas</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene una directiva anticipada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Una Directiva Anticipada es un documento que describe sus deseos con respecto al tratamiento médico, que a menudo incluye un testamento vital, que se utiliza si no puede comunicar sus deseos a un médico debido a una lesión o enfermedad.		

Firme y feche este formulario y devuélvalo a la recepción. Gracias.

La información anterior es verdadera con el mejor de mis conocimientos. Solicito y autorizo a St. Jude Neighborhood Health Centers para proporcionarme servicios de atención médica. Entiendo que St. Jude Neighborhood Health Centers puede usar y divulgar mi información como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. He revisado y acepto cumplir con el contrato de paciente de St. Jude Neighborhood Health Center. Reconozco que los Centros de Salud Comunitarios de St. Jude reciben fondos del HHS y tienen el estatus considerado por el Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y para sus personas cubiertas. Entiendo que nunca se me negará la atención debido a la incapacidad de pago y que puedo solicitar tarifas con descuento en función de mis ingresos.

Entiendo y acepto notificar a St. Jude Neighborhood Health Centers si alguna de la información en este formulario debe cambiar mientras estoy bajo su cuidado. Entiendo que puedo calificar para tarifas reducidas basadas en los ingresos de mi hogar.

Firma

Fecha

SOLO USO DE OFICINA:

Clinic Rep. Initials _____ Date Reviewed _____

Form approval: