

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Media inicial:	
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		
Correo electrónico del paciente:			Farmacia preferida:		
<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:		
Contacto de emergencia:					
Relación:			Número de teléfono:		
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:
Nos dicen dónde llamar, mensajes y recordatorios de citas: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo					
¿CVHS puede dejar mensajes en los números de teléfono que proporcionado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No si es sí, podemos dejar:					
Breves mensajes sin información clínica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No    Extendido mensaje con información clínica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No					

### INFORMACIÓN PARA EL EMPLEADOR

Nombre del empleador:

Dirección del empleador:

¿Podemos dejar un mensaje en el trabajo?:

Sí o  No Si sí, (círculo uno): breve o descriptiva

### 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 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 \_\_\_\_\_

**Como un centro médico que recibe fondos federales, la siguiente información nos ayudará a adaptar nuestros servicios para satisfacer mejor sus necesidades y para obtener subvenciones y otros fondos para seguir mejorando nuestra práctica. Gracias de antemano por su ayuda.**

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:  si  No

Es usted un veterano?:  si  No

Eres un trabajador temporal?:  si  No

¿Eres migrante?:  si  No

Tienen hogar?:  sí  No

Está usted limitado en dominio del inglés?:  si  No

Está en la vivienda pública?:  sí  No

La identidad de género:  masculino  femenina

Hombre transexual (mujer a hombre)

Mujer transexual (hombre a mujer)

Otros

optar por no divulgar

Orientación sexual:  recta  bisexuales

Lesbianas o gay  otro

Optar por no divulgar  no sé

**Por favor lee los puntos abajo y pongas tus iniciales al lado de cada elemento, y luego firme y feche como se ha señalado.**

**Inicial**

**Práctica de privacidad:** He leído y entiendo el "Aviso de prácticas de privacidad" de CVHS

**Política de colecciones:** He leído y entiendo la "Política de la colección" de CVHS

**Seguro:** 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 o dentales. 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:** \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de CVHS?  Familia/amigo  periódico  Internet  otras (especificar): \_\_\_\_\_