**Registración Anual del Paciente**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | Lenguaje Preferido para hablar: | Ingles | Español | Otro: |
| Nombre: Segundo Nombre: Apellido: |
| Fecha De Nacimiento: Seguro Social: | Veterano: | S | N |
| Dirección del Hogar: Ciudad: Estado: Código Postal: |
| Dirección Postal: Ciudad: Estado: Código Postal: |
| #Casa: #Celular: #Trabajo:  |
| Si no puede ser localizado, podemos: | Dejar mensaje verbal con la persona que conteste | Correo de Voz |
| Mejor hora para llamar: | AM | PM | Recordatorios de citas: | S | N | Mejor manera de contacto: | Voz |
| Texto (Solo para citas recordatorias) | Email: | Portal en línea: | S | N |
| Identificación de Genero: | Masculino | Femenino | Transgénico | * Femenino a Masculino
* Masculino a Femenino
 | Otro | Elijo no Divulgar |
| Orientación Sexual: | Heterosexual(No Les./Gay) | Lesbiana/Gay | Bisexual | No se | Otro | Elijo no Divulgar |
| Etnicidad/Raza: | Blanco | Hispano o Latino | Asiático | Afro-Americano | Nativo: |
| Otro: | Elijo no Divulgar | Estado Civil: | Soltero | Casado | Viudo |
| Divorciado | Separado | Pareja Domestica | Seguro Médico: | Medi-Cal/Partnership | Medicare |
| CoveredCA | Otro: #Subscriptor: | Nada |
| Seguro Médico Secundario: | Medi-Cal/Partnership | Medicare | CoveredCA | Otro: |
| #Subscriptor: | Nada | # de personas viviendo en el hogar: |
| Ingreso Anual Bruto de Familia: | $0 - $20,000 | $20,000 - $30,000 | $30,000 - $40,000 | $40,000 + |
| Responsable del pago:(Si no es uno mismo) | Relación: Nombre: FDN: |
| #Teléfono: | Correo de Voz | Dejar mensaje verbal con la persona que conteste |
| Dirección Postal: Ciudad: Estado: Código Postal: |
| Contacto de Emergencia: | Relación: Nombre: FDN: |
| #Teléfono: | Correo de Voz | Dejar mensaje verbal con la persona que conteste |
| Esta sin hogar: | S | N | Si contesto si: | Refugio | Campamento | Familia/Amigo | Alojamiento de Transición |
| Es estudiante: | S | N | Si contesto si: | Tiempo Completo | Medio Tiempo |
| Trabajador Migrante: | S | N | Si contesto si: | Tiempo Completo | Medio Tiempo |
| Trabajador Estacional: | S | N | Si contesto si: | Tiempo Completo | Medio Tiempo |
| Están actualizadas sus vacunas: | S | N | No se | Lo siguiente es solo para mujeres: |
| Numeró de embarazos: | Está embarazada: | S | N | Planea quedar embarazada: | S | N |
| Número de hijos vivos: | Esta amamantando: | S | N | Toma medicamento anticonceptivo: | S | N |
| Para uso Dental: | Fecha de última visita: | Ha experimentado alguno de los siguientes: |
| Dificultad para masticar | Llagas/bultos en o cerca de su boca | Dificultad para abrir o cerrar la boca |
| Clic de la mandíbula  | Lesiones de cabeza/cuello/mandíbula | Dolor (oreja/lado de la cara) |
| Apretar/rechinar los dientes | Sensible a líquidos/alimentos calientes/fríos | Sangrado de encías al cepillarse/usar hilo dental |
| Dolores de cabeza frecuentes | Mordiéndose los labios/mejillas con frecuencia | Sangrado prolongado después de extracciones |
| Dolor en cualquiera de sus dientes | Sensible a líquidos/alimentos agridulces | Otro: |
| Alguna vez ha recibido instrucciones sobre el método correcto de cepillarse: | S | N | Alguna vez ha recibido instrucciones sobre el cuidado de sus encías: | S | N |
| Ha tenido algún trabajo de ortodoncia: | S | N |  |
| **CONDICIONES DE TRATAMIENTO** |
| **Consentimiento al Tratamiento:** El firmante de abajo consiente en la administración y el desempeño de todos los procedimientos y tratamientos de diagnóstico que, a juicio del proveedor, pueden considerarse necesarios.**Asignación de Medicare:** Certifico que la información que se me proporciono al solicitar o pagar según el Titulo VII de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.**Asignación de Beneficios de Seguro:** En el caso de que tenga derecho a los beneficios que surjan de cualquier póliza de seguro que se asegure a mi o a cualquier parte responsable ante mí, por la presente asignó dichos beneficios directamente a AVHC para su aplicación a mi facture. Estoy de acuerdo en que AVHC puede emitir un recibo por dicho pago, que el pago liberara a la compañía de seguros de todas y cada una de las obligaciones de póliza en la medida del pago, y que seré responsable de los cobros no cubiertos por el acuerdo. |
| **CONSENTIMENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACION PARA TRATAMIENTO, PAGO O PROCEDIMIENTOS DE ATENCION MEDICA** |
| El paciente consiente el uso o divulgación de su información de salud identificable individual (“información de salud protegida”) por AVHC para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El paciente ha recibido el Aviso de Practicas de Privacidad para la Información Protegida de AVHC para una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de dicha información, y el paciente tiene derecho a revisar dicha notificación antes de firmar este formulario de consentimientos.AVHC se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Practicas de Privacidad para la Información Protegida en cualquier momento. Si AVHC cambia los términos de su Aviso de Practicas de Privacidad, el paciente puede obtener una copia del aviso revisado.El paciente se reserva el derecho de solicitar que AVHC restrinja aún más como se usa o divulga su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. AVHC no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas: sin embargo, si AVHC acepta las restricciones solicitadas por el paciente, dichas restricciones son vinculantes para AVHC.En todo momento, el paciente se reserva el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación debe presentarse a AVHC por escrito. La revocación será efectiva, excepto en la medida en que AVHC ya haya tomado medidas basándose en el consentimiento.AVHC puede negarse a tratar al paciente si él/ella (o un representante autorizado) no afirma este formulario de consentimiento (excepto en la medida en que la ley exija que AVHC trate a las personas). Si el paciente firma este formulario de consentimiento y luego lo revoca, AVHC tiene el derecho de negarse a proporcionar tratamiento adicional al paciente a partir del momento de la revocación (excepto en la medida en que AVHC esté obligado por ley a tratar a las personas). |
| ***He leído y entiendo esta información. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario. Las prácticas de privacidad de AVHC para la información de salud protegida y yo soy el paciente o un representante autorizado para actuar en nombre del paciente para firmar este documento que verifica el consentimiento a los términos indicados anteriormente.*** |
| Firma del Paciente: Fecha de Hoy: |
| Si es menor de edad, usted es: | Padre | Guardián | Relación: |