

# Formulario de Registro del Paciente



¿Le gustaría recibir ayuda para llenar este formulario?  Sí  No | ¿Necesita un intérprete para su visita?  Sí  No  
 Idioma Principal Hablado:  Español  Inglés  Otro: \_\_\_\_\_ | ¿Necesita ayuda con lo siguiente?:  
 Visión  Movilidad  Audición

**Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social #:** \_\_\_\_\_

**Nombre Preferido:** \_\_\_\_\_ **Pronombres Preferidos:**  Ella  Él  Elle  Otro: \_\_\_\_\_

**Nombre Legal del Paciente:** \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Código Postal

**Dirección física:** \_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Código Postal

**Números de teléfono:** \_\_\_\_\_  
 Hogar Celular Trabajo Otro

**La mejor manera de contactarte:**  Voz  Texto  Email | **¿Desea registrarse en nuestro portal?**  Sí  No

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ | **¿Es usted responsable económicamente de sus visitas?**  Sí  No

Si no es responsable, quien lo es: \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Relación Número de teléfono

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Relación Número de teléfono

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Código Postal

**Proveedor de cabecera (PCP):**  John Roachat (MD)  Cindy Novella (FNP)  Cary Smeltzer (DO)  Jess Dawdv (FNP)

**¿Tiene cobertura de seguro?**  Pago en efectivo (30% de descuento si paga el mismo día del servicio)  Sí (presente la tarjeta del seguro a la recepcionista)  
 No, me gustaría solicitar una de las siguientes opciones:  MediCal o Tarifa Ajustada (según ingresos)  
 Seguro privado a través de CoveredCA (disponible solo durante el período de inscripción abierta)

**Seguro Principal:**  MediCal/PHC  Medicare/ Otro ID/Suscriptor #: \_\_\_\_\_ Plan/Group#: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:**  MediCal/PHC  Medicare/ Otro ID/Suscriptor #: \_\_\_\_\_ Plan/Group#: \_\_\_\_\_

**Seguro Dental:**  Medi-Cal  Privado ID/Subscriber#: \_\_\_\_\_ Plan/Group#: \_\_\_\_\_

**Ingreso del hogar** (para propósitos de ayuda económica):  
 Número de personas, incluyéndote a ti mismo/a: \_\_\_\_\_ Ingreso anual de la familia antes de impuestos.: \$ \_\_\_\_\_

**Sexo del paciente al nacer:**  
 Hombre  
 Hembra  
 Intersexual

**Identidad Sexual:**  
 Heterosexual  
 Lesbiana, gay o homosexual  
 Bisexual  
 Algo más: \_\_\_\_\_  
 No lo se  
 Opta por no revelar

**Identidad de género:**  
 Femenino/Mujer  
 Masculino/Hombre  
 Hombre Transgénero/Masculino  
 Mujer Transgénero/Femenina  
 Género queer/Género no conforme  
 Opta por no revelar

**Raza** (Seleccione todas las que apliquen):  
 Vietnamita  Guameño/ Chamorro  
 Nativo hawaiano  Samoano  
 Blanco  Isleño del Pacífico  Indio asiático  
 Chino  Indígena americano  Otra persona asiática:  
 Filipino Nativo/Nativo de \_\_\_\_\_  
 Japonés Alaska  Prefiero no divulgarlo  
 Coreano  Afroamericano/Negro

**Etnicidad** (Seleccione todas las que apliquen):  
 Cubano  
 Puertorriqueño  
 Méxicoamericano  
 Otro hispano, latino o Español: \_\_\_\_\_  
 No hispano ni latino ni de origen español  
 Prefiero no divulgarlo

**Las siguientes preguntas son para ayudarlos a ustedes y a nuestra comunidad:** Anderson Valley Health Center es una corporación sin fines de lucro. Las subvenciones que recibimos nos ayudan a brindar servicios a personas que no pueden pagar el costo total. Responder estas preguntas nos ayudará a atenderlos a ustedes y a la comunidad.

- Marca todas las opciones que apliquen a ti:
- Veterano
  - Trabajador agrícola estacional:
    - Ejemplo: Mi trabajo principal es en la agricultura y no trabajo todo el año.
  - Trabajador agrícola migrante:
    - Ejemplo: Mi trabajo principal es en la agricultura; no trabajo todo el año y me traslado para encontrar más trabajo.
  - Viviendo en vivienda transitoria:
    - Es un programa de vivienda temporal con ayuda para hacer la transición a una vivienda permanente.
  - Viviendo en un refugio para personas sin hogar
  - Viviendo en la calle o en un auto/tienda de campaña.
  - Quedándose temporalmente con amigos/familia.
  - Otra situación de vivienda, por favor describa:

---

### CONDICIONES DE TRATAMIENTO

---

**Consentimiento para el tratamiento:** Al firmar a continuación, el paciente autoriza al Centro de Salud de Anderson Valley (AVHC) y a sus proveedores a realizar cualquier procedimiento de diagnóstico y tratamiento que se considere necesario, según el juicio profesional del proveedor.

**Asignación de Medicare:** El paciente certifica que toda la información proporcionada en relación con su solicitud de beneficios bajo el Título VII de la Ley del Seguro Social es precisa. El paciente autoriza que cualquier beneficio aprobado de Medicare sea pagado directamente a AVHC en su nombre.

**Asignación de beneficios del seguro:** Si el paciente tiene derecho a beneficios bajo alguna póliza de seguro o de parte de cualquier entidad responsable, autoriza que dichos beneficios se asignen directamente a AVHC como pago a su cuenta. El paciente acepta que AVHC puede emitir un recibo por dichos pagos, y que la compañía de seguros quedará liberada de cualquier obligación adicional bajo la póliza en la medida del pago realizado. El paciente sigue siendo responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro o este acuerdo.

---

### CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

---

Al firmar este formulario, el paciente da su consentimiento para que Anderson Valley Health Center (AVHC) use y comparta su información de salud identificable de manera individual ("Información de Salud Protegida") con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

El paciente confirma que ha recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida* de AVHC (puede solicitar una copia a cualquier miembro de nuestro personal de recepción), el cual explica en detalle cómo se puede usar y divulgar su información de salud. El paciente tiene el derecho de revisar este aviso antes de firmar el consentimiento.

AVHC puede actualizar su *Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida* en cualquier momento. Si se realizan cambios, los pacientes pueden solicitar una copia del aviso revisado.

Los pacientes pueden solicitar que AVHC limite adicionalmente la forma en que se usa o comparte su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Aunque AVHC no está obligado a aceptar estas solicitudes, cualquier restricción que sea aceptada será respetada.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante una solicitud por escrito. La revocación se aplicará a los usos y divulgaciones futuros, pero no a las acciones ya tomadas basadas en el consentimiento original.

Si el paciente o su representante autorizado decide no firmar este consentimiento, AVHC puede negarse a proporcionar tratamiento, a menos que esté legalmente obligado a hacerlo. Si el paciente revoca su consentimiento más tarde, AVHC puede interrumpir el tratamiento, excepto cuando la atención continua sea exigida por ley.

---

### RECONOCIMIENTO Y FIRMA

---

*He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Reconozco que puedo solicitar una copia de este formulario para mis registros. También he recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad del Anderson Valley Health Center sobre la Información de Salud Protegida. Confirmando que soy el paciente, o un representante autorizado legalmente permitido para actuar en nombre del paciente, y doy mi consentimiento a los términos establecidos en este documento.*

Escriba el nombre completo del paciente:

Firma del paciente:

Fecha:

Si es menor de edad, firma del padre/madre o tutor legal:

Fecha:

Escriba el nombre completo del padre/madre o tutor legal: