



Formulario de Registro para Pacientes

Información del Paciente

Apellido del Paciente		Nombre		Segundo Nombre	
Dirección					
Ciudad, Estado, Código Postal					
Mejor Manera de Contactarle: <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Correo Electronico _____ Desea inscribirse en el Portal Web MyCare Online? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Número de Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa			Que tipo de Mensajes prefiere? <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto		
Número de Teléfono Alternativo: _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
Fecha de Nacimiento del Paciente:			Número de Seguro social del Paciente (si aplica):		
¿Qué tan seguro se siente usted al completar formularios médicos?					
<input type="checkbox"/> Extremadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Para Nada			Necesita Asistencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Persona a cargo					
¿Paciente es la persona finacialmente responsable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Complete la siguiente sección					
Apellido		Nombre		Inicial, Segundo Nombre	Relación al paciente
Dirección					
Ciudad, Estado, Código Postal					
Mejor Manera de Contactar a esta persona: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
Número de Teléfono: _____					
Para Pacientes Menores de 18 Años de Edad o Adultos Dependientes: Padres/Guardian/Cuidador/Conservador					
Apellido		Nombre		Inicial, Segundo Nombre	Relación al paciente
Dirección (si es diferente a la dirección del paciente mencionada anteriormente)					
Ciudad, Estado, Código Postal					
Mejor Manera de Contactar a esta persona: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
Número de Teléfono: _____					
Contacto de Emergencia (para menores, debe ser diferente a la persona a cargo mencionada anteriormente)					
Apellido		Nombre		Inicial, Segundo Nombre	Relación al paciente
Mejor Manera de Contactar a esta persona: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
Número de Teléfono: _____					
¿Necesita agregar más personas? Si gusta, se le puede proporcionar otro formulario en el mostrador de recepción.					

Sexo del Paciente al Nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual Nombre Transgénero De Preferencia: _____	Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no decir ¿algo más?, por favor describa aquí: _____	Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Femenino / Mujer <input type="checkbox"/> Masculino / Hombre <input type="checkbox"/> Femenino-a-Masculino (M a H) / Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Masculino-a-Femenino (H a M) / Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Género Queer/ Género no-binario <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Categoría adicional de Género u otro, especifique aquí: _____
¿El Paciente tiene Seguro Medico?		
<input type="checkbox"/> Si – Por favor presente tarjeta de seguro		<input type="checkbox"/> No
Ingreso Familiar (para fines de donaciones)		
Número de dependientes, incluyéndose usted _____		Ingreso familiar (mensual) antes de impuestos _____
Marque todos los beneficios que recibe: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Información de su Farmacia		
¿Cual es su farmacia de preferencia? <input type="checkbox"/> Farmacia Lombardi <input type="checkbox"/> Farmacia Dutton <input type="checkbox"/> Farmacia Vista <input type="checkbox"/> Otra: _____		
Seguro de cobertura para medicamentos (solo si es diferente al seguro regular): _____		
Información Adicional		
Dirección Física del Paciente (solo si es distinta a la dirección postal):		
Raza (Marque todo lo que aplique): <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano / Negro <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Caucásico / Blanco <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático		
Etnicidad Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		
Language Primario <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Necesita un traductor para su visita? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Discapacidad (Marque todas las que apliquen):		
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> De Desarrollo		

Preguntas opcionales para ayudar a su comunidad

Las clínicas de SRCH no tienen fines de lucro. Las donaciones y subsidios que recibimos nos ayudan a darles servicios a las personas que no pueden pagar el costo total de sus visitas. Al responder a estas preguntas nos ayudará a servirle mejor a usted y a la comunidad.

Marque todo lo que aplique a usted:

- Soy Trabajador agrícola estacional: Mi trabajo principal es la agricultura y no trabajo todo el año
- Soy Trabajador agrícola Migrante: Mi trabajo principal es la agricultura y no trabajo todo el año
- Soy Veterano Militar
- Vivo en un refugio para personas sin hogar
- Vivo en la calle o en mi carro
- Vivo temporalmente con amigos/parientes
- Vivo en viviendas de transición: Programa de vivienda temporal con ayuda para la transición posterior a vivienda permanente
- No tengo hogar por otra razón; por favor describa: _____

Firma de autorización

La información que doy en éste formulario es verdadera y correcta según mi saber y entender.

- Doy consentimiento para que los empleados de Santa Rosa Community Health (SRCH) hagan los exámenes médicos, procedimientos, tratamientos y referencias que necesitan para cuidar de mi salud.
- Me comprometo a seguir las reglas de pago de SRCH por los servicios que reciba.
- Sé que no es necesario recibir servicios de planificación familiar para recibir otros servicios ofrecidos por SRCH.
- Sé que tengo la responsabilidad de pagar por cualquier servicio que no cubra mi compañía de seguros.
- Sé que tengo la responsabilidad de entender las reglas de mi compañía de seguros.
- Yo autorizo para que se de a conocer cualquier información que SRCH necesite para procesar mis cuentas médicas.
- Yo autorizo el pago de cualquier beneficio del gobierno o de mi seguro médico para que le paguen a SRCH por los servicios que me brinden.
- Doy permiso a SRCH para que revisen mis registros de farmacia que estén relacionados con el cuidado de mi salud

Al firmar, doy mi consentimiento y acepto los términos y condiciones anteriores para que mi equipo de cuidado medico pueda brindarme toda la atención necesaria para tratarme.

Para Adultos Dependientes, se requiere la aprobación del Conservador: X _____ (firme aqui)

Firma del Paciente (padre/guardián legal debe firmar para menores de edad y adultos dependientes)

Fecha