



# Formulario de registro para pacientes



Por favor, tenga lista la tarjeta de seguro y una identificación con foto

**Información general** – Por favor, responda todas las preguntas a continuación:

First Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Middle Name Initial/ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Last Name/ Apellido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

First Name Used/Nombre que utiliza: \_\_\_\_\_ Previous Last Name(s)/Apellido(s) anterior(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Birthdate/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security #/Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mailing Address/Dirección de correo postal: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_

Zip/Código postal: \_\_\_\_\_

Physical Address/Dirección física: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_

Zip/Código postal: \_\_\_\_\_

(Sí/No) Home Phone/Teléfono de habitación: \_\_\_\_\_ (Sí/No) Cell phone/Teléfono celular: \_\_\_\_\_ (Sí/No) Work Phone/Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No En caso afirmativo, en su: Home Phone/Teléfono de habitación Cell Phone/Teléfono celular Work Phone/Teléfono de trabajo

¿Cómo le gustaría ser notificado(a) acerca de sus citas? Llamada Mensaje de texto Ambos

Current Primary Care Provider/Location/Proveedor de atención primaria actual/ubicación: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name/Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_

Home Phone/ Teléfono de habitación: \_\_\_\_\_

Cell Phone/Teléfono celular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Employer/Empleador: \_\_\_\_\_ Occupation/Ocupación \_\_\_\_\_ Tiempo completo Tiempo parcial

Desempleado jubilado

¿Es usted empleado(a) de One Health o dependiente de un(a) empleado(a) de One Health? Sí No

If yes, name of Employee/En caso afirmativo, nombre del/de la empleado(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autorización para el portal en línea para pacientes**

Alentamos el uso de nuestro portal en línea para pacientes, donde puede acceder a su expediente para ver su información, como resultados de análisis y radiografías, lista actual de medicamentos y comunicarse con su proveedor a través de un correo electrónico seguro. A menudo, esa es la forma más rápida de comunicarse con su proveedor.

¿Desea registrarse?  Sí  No

Email/Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_ ¿Necesito intérprete?:  Sí  No

Sexo según el certificado de nacimiento: Femenino Masculino Estado civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a  
Divorciado/a Separado/a

Raza/Etnicidad	Orientación sexual	Identidad de género
Hispano o latino	Heterosexual	Masculino/Hombre
No hispano	Lesbiana/Gay (homosexual)	Femenino/Mujer
<b>(Ponga círculo a <u>TODO</u>s los que correspondan)</b>	Bisexual	Hombre transgénero/Hombre
Indígena americano/Nativo de Alaska	Algo diferente	Mujer transgénero/Mujer
Blanco/Caucásico	No sé	Other/Otro
Negro/Afroamericano	Prefiero no responder	_____
Nativo de Hawái		Prefiero no responder
Asiático		
Otras islas del Pacífico		
Other/Otro: _____		

**Individual Responsible for Bill/Persona responsable del pago de la**

factura: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/Parentesco con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Birthdate/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Billing Address/Dirección de facturación: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_  
Zip/Código postal: \_\_\_\_\_

Home Phone/Teléfono de habitación: \_\_\_\_\_ Cell Phone/Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Work Phone/Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Trabajador(a) agrícola:  Sí  No  Declino ¿Es usted estudiante?  Sí  No En caso afirmativo, Tiempo completo / Tiempo parcial

Estatus de persona sin hogar:  Sí  No  Declinó

Estatus de veterano(a): Si usted prestó el servicio militar activo, naval o aéreo, que incluye servicio a tiempo completo en la Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Marines, Armada, o como oficial comisionado del Servicio de Salud Pública o de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, o sirvió en la Guardia Nacional o Reservas en estado de servicio activo, **elija:**  Sí  No  Declinó

Preferred Pharmacy/Location/Farmacia de preferencia/Ubicación:

---

Por favor, circule el RANGO que corresponda al **tamaño de su hogar** (cuántas personas viven en su hogar) e **ingreso** (su ingreso total antes de impuestos):

Tamaño de hogar	Ingreso del hogar									
	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a
1	ninguno	\$ 15,650	\$15,651	\$ 23,475	\$ 23,476	\$27,388	\$ 27,389	\$31,300	\$ 31,301	and above
2	ninguno	\$ 21,150	\$ 21,151	\$ 31,725	\$ 31,726	\$ 37,013	\$ 37,014	\$ 42,300	\$ 42,301	and above
3	ninguno	\$ 26,650	\$ 26,651	\$ 39,975	\$ 39,976	\$ 46,638	\$ 46,639	\$ 53,300	\$ 53,301	and above
4	ninguno	\$ 32,150	\$ 32,151	\$ 48,225	\$ 48,226	\$ 56,263	\$ 56,264	\$ 64,300	\$ 64,301	and above
5	ninguno	\$ 37,650	\$ 37,651	\$ 56,475	\$ 56,476	\$ 65,888	\$ 65,889	\$ 75,300	\$ 75,301	and above
6	ninguno	\$ 43,150	\$ 43,151	\$ 64,725	\$ 64,726	\$ 75,513	\$ 75,514	\$ 86,300	\$ 86,301	and above
7	ninguno	\$ 48,650	\$ 48,651	\$ 72,975	\$ 72,976	\$ 85,138	\$ 85,139	\$ 97,300	\$ 97,301	and above
8	ninguno	\$ 54,150	\$ 54,151	\$ 81,225	\$ 81,226	\$ 94,763	\$ 94,764	\$108,300	\$108,301	and above

Si hay más de 8 personas, ¿cuál es el tamaño de la familia del/de la paciente? \_\_\_\_\_ e ingreso \$

¿DESEA SOLICITAR EL DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE?    **SÍ**    **NO**    \*En caso afirmativo, por favor, complete la solicitud de SFDP\*

¿Tiene actualmente seguro médico?    **SÍ**    **No**

Primary Insurance/Seguro primario:	Secondary Insurance/Seguro secundario:
ID/Número de afiliado:	ID/Subscriber #/Número de afiliado:
Group/Número de grupo:	Group #/ Número de grupo:
Policy Holder/Titular de la póliza:	Policy Holder/Titular de la póliza:
Policy Holder DOB/Fecha de nacimiento del titular:	Policy Holder DOB/Fecha de nacimiento del titular:
Policy holder SSN/Número de seguro social del titular:	Policy Holder SSN/Número de seguro social del titular:
Policy Holder Phone/Número de teléfono del titular:	Policy Holder Phone/Número de teléfono del titular:

¿Tiene actualmente seguro dental?  Sí  No En caso afirmativo, por favor, proporcione la información a continuación:

Dental Insurance Provider/Proveedor de seguro dental: \_\_\_\_\_ ID #/Nº de identificación

\_\_\_\_\_

**Acuse de recibo de los derechos del consumidor:** confirmo haber recibido los Derechos del Consumidor. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Acuse de recibo de las Prácticas de Privacidad:** confirmo haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Acuse de recibo de la Política de Pagos:** entiendo la Política de Pagos y acepto cumplirla. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Acepto permitir que One Health acceda a mi historial de prescripciones:**  Sí  No

**Autorización para la liberación verbal de información personal de salud**

¿Le gustaría designar a un familiar u otra persona con la que el proveedor pueda discutir su condición médica?  No  Sí En caso afirmativo, ¿A quién?

Name/Nombre	Relationship/Parentesco	Contact Number/Número de contacto

El/la paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Patient Name (Print)/Nombre del/de la paciente (en letra de molde)	Signature (Patient/Personal de Representative)/Firma (paciente/representante personal)
Date/Fecha	Relationship to Patient/Parentesco con el/la paciente

Staff Signature/Firma del personal: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Consentimiento y cesión

Por la presente, doy mi consentimiento para recibir atención médica, de salud mental, de salud conductual y dentales integrados para mí o para la persona a la cual represento, y acepto la responsabilidad de pagar por dichos servicios. Sé que es mi elección recibir servicios y puedo cambiar de opinión acerca de recibir servicios en One Health.

En caso de que reciba servicios de planificación familiar, entiendo que dichos servicios se brindan de manera voluntaria y no son un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio o programa de One Health. Las personas de 18 años de edad o menos pueden consentir a recibir servicios de planificación familiar sin notificación ni consentimiento de los padres. Toda la información sobre hechos y circunstancias personales obtenida por el personal de One Health se mantendrá estrictamente confidencial y no se divulgará sin su consentimiento por escrito, excepto según sea necesario para brindarle servicios o según lo exija la ley, con las debidas precauciones para la confidencialidad.

Entiendo que tengo derecho a recibir servicios gratuitos de intérpretes de idiomas. Comprendo que debo informar al personal si estos servicios serán útiles para mi comprensión de la información escrita o hablada durante mis visitas de atención médica.

Por la presente, designo a One Health como mi representante legal y asigno a One Health cualquier beneficio por servicios médicos, dentales, de salud conductual, salud mental, u otros servicios que reciba de One Health al cual pueda tener derecho. Puede solicitar una copia de este formulario o de cualquier formulario que firme.

Patient Name/Nombre del/de la paciente (en letra de molde)	Signature (Patient/Personal Representative/Firma (paciente/representante personal)
Date/Fecha	Relationship to patient/Parentesco con el/la paciente

Asimismo, consiento en recibir los servicios antes descritos a través de telemedicina si es necesario o apropiado para la situación actual. La telemedicina utiliza comunicaciones electrónicas, como audio en tiempo real, video y comunicaciones de datos, para que los proveedores de atención médica en ubicaciones diferentes puedan compartir la información de salud de un(a) paciente para diagnosticar, consultar y/o tratar al/a la paciente. Para proteger la privacidad y seguridad de la información de salud del/de la paciente, todas las comunicaciones electrónicas utilizadas para la telemedicina cumplen con los protocolos de seguridad de red y software. Como con cualquier servicio de atención médica, existen beneficios y posibles riesgos con el uso de la telemedicina. Los beneficios incluyen un mejor acceso a la atención médica y la experiencia de proveedores y/o especialistas que no están físicamente ubicados en el área geográfica. Por otro lado, los posibles riesgos incluyen posibles retrasos en el diagnóstico o tratamiento debido a dificultades técnicas con el equipo; que la información enviada no sea suficiente para permitir un examen médico completo por parte del proveedor fuera del sitio; que la información puede perderse al ser enviada debido a fallas técnicas; y que, a pesar de los protocolos de seguridad, la privacidad de la información de salud del/de la paciente pueda verse comprometida cuando se envíe electrónicamente. Si participo en una sesión de telemedicina estando fuera de la clínica, entiendo que existe la posibilidad de que otras personas escuchen las sesiones si no estoy en un lugar privado. En tales casos, entiendo que es mi obligación tomar medidas razonables para garantizar mi privacidad. Tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina sin afectar mi derecho a futuros cuidados o tratamientos. Al firmar en el espacio a continuación, doy mi consentimiento para recibir servicios a través de la telemedicina.

Patient Name/Nombre del/de la paciente (en letra de molde)	Signature (Patient/Personal Representative)/Firma (paciente/representante personal)
Date/Fecha	Relationship to patient/Parentesco con el/la paciente