|  |
| --- |
| ***PATIENT REGISTRATION*****Processed by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Processed: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** |

 

***\*\*Favor presente su identificación y tarjeta(s) de suguro a recepción cuando entregue este formulario\*\****

**Nombre**:

Apellido(s) Primer nombre Segundo nombre

**Fecha de nacimiento**: / /\_\_\_\_\_

**No. de Seguro social**:

**Sexo**: M

F **Nombre Preferido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Est. Civil:** Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

 **Dirección**:

**Apartado postal**: **Ciudad:** **Estado:**  **Código postal:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono/celular**: ( ) Trabajo: ( ) Correo electrónico:

**Estudiante:**

Tiempo completo

 Tiempo parcial **Colegio**:

**Lenguaje primario**:

**Raza (marque uno)** ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Más de una carrera ☐ Hawaiano nativo Otros isleños del Pacífico☐ Blanco/caucásico ☐ *Elija no denunciar*

**Etnicidad (marque uno)** ☐Hispano/Latino ☐No hispano/latino ☐ *Elija no denunciar*

**Orientación sexual**:

* Heterosexual (no lesbiana o gay) ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Algo más ☐ No sé ☐ *Elija no divulgar*

**Identidad Gender:**

* Masculino ☐ Hembra☐ Transgénero-hombre a mujer ☐ Transgénero- mujer a hombre ☐ Otro ☐ *Elija no divulgar*

**¿Es usted un Veterano US?** Si ☐No **¿Vives en viviendas públicas?** Si ☐No

**Tipo de Vivienda del paciente o padre/ tutor del paciente, si es menor de edad** – (seleccione uno)

Renta o es dueño

Refugio

Transitorio

Calle

Doble (Vivienda compartida)

Otro \_

*Elija no divulgar*

**Como Centro de Salud Federalmente Calificado, UHC está obligado a recopilar información demográfica con respecto a los pacientes que atendemos. La información que usted proporciona es confidencial. Por favor, marque** Elegir no informar **si no desea responder a una pregunta específica.**

**, UHC is required to collect demographic information regarding the patients we serve. The information you provide is confidential. Please check** Choose Not to Report **if you do not wish to answer a specific question.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ingresto total de familia (anual)** – **Seleccione uno** |  |
| ☐$12,140 or below ☐$12,141 - $16,460 ☐$16,461 - $20,780 | * $20,781 - $25,100
 | * $25,101 - $29,420
 | * $29,421 - $33,740
 |
| ☐$33,741 – $38,060 ☐$38,061 - $42,380 ☐$42,381 – $46,700**Número de miembros de familia:** \_\_\_\_\_ ☐ *Elija no divulgar* | * $46,701 - $51,020
 | * $51,021 - $55,340
 | * $55,341 - over
 |

**Nombre de esposo/a**: **Fecha de nacimiento**: / / **Teléfono:** ( ) **Dirección**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En caso de EMERGENCIA, Podemos llamar a: Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información del fiador**: (¿Persona que paga la cuenta?) **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono**: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono del trabajo**: ( ) **Relación** **Dirección**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Empleador**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Número de Seguro Social**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento**: / /

**Si el paciente es menor de edad**:

**Padre/Tutor legal del menor (1) Nombre completo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono**: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación con el paciente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Teléfono del trabajo**: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Padre/Tutor legal del menor (2) Nombre completo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono**: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación con el paciente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Teléfono del trabajo**: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

**Al marcar esta casilla, reconozco que no tengo seguro o tengo un plan de deducible alto. Me han ofrecido una solicitud para el programa de descuento de diapositivas (UHC) y NO quiero participar.**

 \_ / /

(Firma del paciente del Padre/ Tutor si el paciente es un menor) (Fecha)

Rev. 02/09/2022

# United Health Centers

# Aviso sobre nuestra póliza

Nosotros estamos comprometidos en proteger la información personal sobre su salud en conformidad de lo que establece la ley.

La siguiente información establece cuales son la póliza según el estado:

* Nuestra obligación según las leyes es respetar la información personal sobre su salud.
* La manera en que podemos utilizar y divulgar la información que guardamos de usted.
* Usted tiene el derecho sobre su información personal de salud.
* Nosotros tenemos el derecho de cambiar la póliza sobre privacidad.
* Como poder hacer una queja si cree que se ha violado su privacidad.
* Las condiciones que se aplican a las solicitudes y a los accesos no descritos en este documento.
* La persona designada como contacto para proveer información adicional.

Es nuestra póliza suministrarle una copia de este documento y requerimos su firma para demostrar que lo hemos hecho.

**Reconocimiento del paciente de haber recibido la información**

Yo, , reconozco por este medio que he recibido una copia sobre la información de la póliza de privacidad.

Firma del paciente Fecha

Firma del representante o pariente (si es menor de edad) Fecha

Descripción de la autoridad legal a actuar a nombre de paciente



## United Health Centers

**Condiciones de Revisión Médica Consentimiento de Atención y Tratamiento**

**Información de Contacto e Instrucciones**

**Con el fin de proporcionar servicios de salud de calidad con respeto a su privacidad, le pedimos que nos indique cómo ponernos en contacto con usted para discutir asuntos tales como los resultados de laboratorio importantes y seguimiento médico, programar citas, problemas de facturación, rellenar órdenes en la farmacia o posibles retiros de medicinas.**

**Telephone:**

**Comunicación escrita:**

 Está bien dejar mensajes con información detallada.

 Dejar mensajes solamente con numero de

 Enviar por correo tarjetas postales o cartas.

\_\_ Enviar correspondencia al trabajo/oficina.

Teléfono para devolver la llamada.

Casa #: ( \_)

Trabajo #: ( )

Celular #: ( \_)

Text #: ( )

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:

Le doy mi consentimiento al personal designado de Centro de Salud United Health Centers, para el examen, para ordenar pruebas de laboratorio adecuado, procedimientos de diagnóstico y prescripción de medicamentos y tratamientos para

 Nombre del paciente

Todos los procedimientos me serán explicados y tendré la oportunidad de hacer preguntas acerca de las ventajas, las alternativas y los posibles efectos adversos del tratamiento.

**Este consentimiento es válido hasta que sea revocado por mí. La responsabilidad por el pago de la factura:**

El abajo firmante, entiende que es financieramente responsable de los servicios recibidos por el paciente y autoriza a United a dar cualquier información médica necesaria para recibir el pago por los servicios prestados al paciente.

**Acuerdo Beneficiario:**

Solicito el pago de los beneficios autorizados por mi compañía de seguros, a que se hagan en mi nombre por el Centro de Salud UHC por servicios prestados, entiendo que esta solicitud es válida hasta que sea revocada por mí y que soy responsable de cualquier deducible y co-pago de cargos permitidos no cubiertos de otra manera.

**Contenido de la forma:**

**Certifico que he leído este formulario y entiendo su contenido y que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.**

**Fecha:**

**Firma:**

***Si es menor de edad, se requiere la firma del padre / guardián legal.***

**Personal UHC**

Rev. 02/22/2022

##  CONSENTIMIENTO PARA COMUNICAR INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA A UNA PERSONA AUTORIZADA

Fecha de nacimiento:

Nombre del paciente (por favor imprima):

Doy permiso para que United Health Centers comparta VERBALMENTE la información que he descrito a continuación para ser divulgada a las personas que he identificado a continuación

**Este formulario no autoriza la publicación de copias de mis registros médicos.**

\***Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los registros del paciente con abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 Partes CFR 160 y 164 y la ley de confidencialidad estatal que rige los servicios de salud conductual/abuso de sustancias (GS 122C) no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito a menos que se disponga lo contrario o en las regulaciones. Entiendo que la información que se divulgará puede contener información sobre abuso de alcohol, abuso de drogas, infección por VIH, sida o condiciones relacionadas con el SIDA, limitaciones psicológicas, psiquiátricas o físicas.**

También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado medidas en función de él. Entiendo que UHC puede no condicionar mi tratamiento basado en la firma de este formulario.

Indique a cada persona que apruebe:

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación: ☐ Familia ☐ Amigo ☐ Caregiver ☐ Otro proveedor: ☐ Otro:

Este consentimiento expira un año después de la fecha de ejecución, a menos que se indique otra aquí: \_/ \_/ \_

 Firma del paciente:

 Nombre impreso: Fecha: \_

###  SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Por la presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud de

(Nombre del cliente) firmado por (Ingrese el nombre de la persona que firmó la autorización) en (Introduzca la fecha de firma)

 ser rescindido, eficaz . Entiendo que cualquier acción tomada sobre esta autorización antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

Firma del paciente Fecha

Firma del testigo Fecha

Rev. 02/09/202