



BARTZ-ALTADONNA
Community Health Center

californiahealth+

BARTZ-ALTADONNA FORMA DE REGISTRO

(Letra de molde por favor)

Fecha:		PCP:				
INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido(s) del paciente:		Primer Nombre:	Segundo:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	<input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms.	Estado Civil(Encierre uno) Solt / Cas / Div / Sep / Viud
¿Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Otro nombre usado/Nombres anteriores?	Apellido de soltera de la madre	Fecha de nacimiento: / /	Edad	Genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TG	
Solo Transgénero: ¿Qué genero era al nacer? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		¿Con que genero se identifica? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar		
Dirección:		Número de Seguro Social.:	Núm. de casa./Celular: ()			
Podemos dejar mensaje: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
P.O. box:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:			
Ocupación:	Empleador:			Teléfono del empleador: ()		
Ingreso mensual de la vivienda:			¿Cuántas personas viven con usted?			
Fuente del ingreso mensual:						
<input type="checkbox"/> Discapacidad del estado Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> SSI Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> SSDI Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Desempleo Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Otro Cantidad: _____						
¿Es estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Es veterano? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tiene directiva avanzada de salud? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Email:			
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no declarar			¿Cuál es su lenguaje preferido?			
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Islas del pacifico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiiano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no declarar						
Referido por (Por favor seleccione una): <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Plan de seguro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Mercadotecnia <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Eventos promocionales <input type="checkbox"/> Otros _____						
Other family members seen here:						
Alojamiento: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Renta (casa) <input type="checkbox"/> Renta (departamento) <input type="checkbox"/> Vive con amigos <input type="checkbox"/> Vive con familia <input type="checkbox"/> Seccion 8 <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Por favor explique _____ <input type="checkbox"/> Trabajador de temporada <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante						
INFORMACIÓN DE SEGURO						
(Por favor presente tarjeta de seguro e identificación con foto)						
Persona responsable de la cuenta:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente a la anterior):		Teléfono de casa: ()		
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:		Teléfono del empleador: ()		
¿El paciente está cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
Indique método de pago: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Otro _____						
Nombre del beneficiario	Num. Seg.Soc del beneficiario	Fecha de nacimiento / /	Núm. de grupo:	Núm. de póliza:	Copago: \$	
Relacion del beneficiario con el paciente: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro						

CONTINUED ON REVERSE

INFORMACION DE SEGURO (CONTINUACIÓN)

Nombre de segunda compañía de seguro (si aplica):	Nombre del beneficiario	Núm. De grupo:	Núm. De póliza:
---	-------------------------	----------------	-----------------

Relación del paciente con el beneficiario: „ Mismo „ Conyuge „ Hijo(a) „ Otro

La información anterior es verdad según mi entendimiento. Yo autorizo que mi compañía de seguros haga pagos por servicios cobrados por mi proveedor. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance no cubierto por mi plan de salud. También autorizo a Bartz-Altadonna Community Health Center o compañía de seguro a divulgar cualquier información requerida para procesar mis cobros.

Iniciales del paciente/tutor legal

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de pariente local o amigo:	Relación con el paciente:	Núm. De casa/Celular: ()	Núm. De trabajo ()
-----------------------------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------------

¿Podemos divulgar información médica a esta persona? „ Si „ No

Enliste cualquier otro individuo autorizado para acompañar al paciente:
(Carta de consentimiento/Proxy firmada por el paciente/tutor legal es requerida por cada uno de los individuos)

Nombre	Relación con el paciente/Número de contacto	HIPAA
_____	_____	„ Si „ No
_____	_____	„ Si „ No

Yo Reconozco que las siguientes formas fueron ofrecidas/recibidas:

- **Formas Pediátricas**
 - Consentimiento para tratar a menores 0-17 años
 - Anuncio de prácticas de privacidad
 - Responsabilidades y derechos de los pacientes
 - Evaluación de mantenerse sano

- **Formas de adultos**
 - Anuncio avanzado de beneficiario (Solo Medicare)
 - Forma de directiva avanzada
 - Ace Score
 - Consentimiento a procedimientos/cirugías médicas
 - Anuncio de prácticas de privacidad
 - Responsabilidades y derechos de los pacientes
 - Evaluación de mantenerse sano

Nombre del paciente/tutor legal en letra de molde	Firma del paciente/tutor legal	Fecha
---	--------------------------------	-------

Representante de Bartz-Altadonna (Letra de molde)	Firma del representante	Fecha
---	-------------------------	-------