




INFORMACIÓN DEL PACIENTE				FECHA DE HOY:		
APELLIDO (NOMBRE LEGAL):		NOMBRE (NOMBRE LEGAL):		NOMBRE PREFERIDO:		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		FECHA DE NACIMIENTO:				
SEXO ASIGNADO AL NACER: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		GÉNERO ACTUAL:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
IDENTIDAD DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Hombre a mujer <input type="checkbox"/> Elige no contestar <input type="checkbox"/> Género adicional (por favor, especifique): _____						
ORIENTACIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> No está seguro(a) <input type="checkbox"/> Elige no contestar <input type="checkbox"/> Orientación adicional (por favor, especifique): _____						
<i>*Reconocemos que estas listas no son inclusivas, con base en las limitaciones de nuestro Registro de Salud Electrónico. Gracias por su comprensión.</i>						
DIRECCIÓN POSTAL:		CIUDAD		ESTADO		
DIRECCIÓN FÍSICA:		CIUDAD		ESTADO		
ESTADO CIVIL:		IDIOMA PREFERIDO:				
NÚMERO DE CASA:		NÚMERO MOBIL:		CORREO ELECTRÓNICO:		
NOTIFICACIONES (Recordatorios de Citas, Comunicaciones del Portal del Paciente, etc.)				<input type="checkbox"/> Optar por participar <input type="checkbox"/> Optar por no participar		
INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS						
PLAN MÉDICO <i>Si tiene más de un seguro, por favor enumérelos en la parte trasera de este formulario.</i>						
COMPAÑÍA DE SEGUROS:		NÚMERO DE SUSCRIPTOR/PÓLIZA:		FECHA DE EFECTIVIDAD:		
NÚMERO DE GRUPO:		DIRECCIÓN DE RECLAMOS/FACTURACIÓN:				
ASEGURADO/SUSCRIPTOR (Si no es el paciente):		APELLIDO:		NOMBRE:		
PARENTESCO CON EL PACIENTE:			FECHA DE NACIMIENTO:			
PLAN ODONTOLÓGICO <i>Si tiene más de un seguro, por favor enumérelos en la parte trasera de este formulario.</i>						
COMPAÑÍA DE SEGUROS:		NÚMERO DE SUSCRIPTOR/PÓLIZA:		FECHA DE EFECTIVIDAD:		
NÚMERO DE GRUPO:		DIRECCIÓN DE RECLAMOS/FACTURACIÓN:				
ASEGURADO/SUSCRIPTOR (Si no es el paciente):		APELLIDO:		NOMBRE:		
PARENTESCO CON EL PACIENTE:			FECHA DE NACIMIENTO:			
PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA <i>*Completar si no es el paciente</i>						
APELLIDO:		NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO:		
PARENTESCO CON EL PACIENTE:			NÚMERO DE TELÉFONO:			
ENCUESTA DE DATOS		<i>Responder estas preguntas puede ayudar a Valley View Health Center a obtener fondos para los servicios. Tenga en cuenta que esta información está sin identificar y que sus datos personales NO serán compartidos.</i>				
ESTADO DE LA VIVIENDA: <input type="checkbox"/> Vivienda permanente/Alquiler <input type="checkbox"/> Vive con otros <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Desconocido / No Reportado	ESTADO DEL TRABAJADOR AGRÍCOLA: <input type="checkbox"/> No es trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Temporal	RAZA (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Otro Origen Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guameño/ Chamorro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Declino <input type="checkbox"/> Coreano			ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> Chicana/o <input type="checkbox"/> No hispano (Latino) <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Hispano (Latino) <input type="checkbox"/> De Origen Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Declino <input type="checkbox"/> Mexicano-americano <input type="checkbox"/> Otros: _____	
TAMANO DE LA FAMILIA (Encierre uno) (Circle one): 1 2 3 4 5 6 7 8+				Ingreso Anual Estimado del Hogar: \$		
FARMACIA PREFERIDA (Nombre y ubicación): <input type="checkbox"/> Valley View Health Center Pharmacy <input type="checkbox"/> Otros: _____						
¿CÓMO ESCUCHÓ DE NOSOTROS? <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Evento comunitario <input type="checkbox"/> Amigo/Familia <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Medios de comunicación social <input type="checkbox"/> Otros _____						

Name: _____

Fecha de nacimiento: _____

Reconocimiento y autorización

He leído y comprendo la política de privacidad/HIPAA de Valley View Health Center.  <i>Escanee el código QR para leer el documento:</i>
Por la presente, asigno los beneficios de mi seguro para que se paguen directamente a Valley View Health Center. Comprendo que soy financieramente responsable ante Valley View Health Center por los servicios no pagados por el seguro u otros terceros pagadores.
Autorizo a Valley View Health Center a compartir mi información médica requerida para procesar mi reclamo.
Entiendo la política de citas de Valley View Health Center: Dos o más citas perdidas o cancelaciones el mismo día pueden resultar a que se me ponga en estado de espera, lo que significa que no podré programar citas con anticipación durante seis meses y tendré que llamar a la clínica al abrir para verificar la disponibilidad de citas el mismo día.
Autorizo a Valley View Health Center a obtener mi fotografía y/o escanear mi identificación con foto emitida por el gobierno como prueba de identidad. Si rechazo una fotografía o escaneo de mi identificación, mostraré prueba de identidad en <u>cada</u> visita.
Entiendo que los niños menores de 18 años deben estar acompañados por un padre/tutor que se quede en la clínica durante toda la cita. No se permite dejar menores en nuestra sala de espera sin la supervisión de un adulto.
Me han ofrecido una copia del formulario de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Valley View Health Center. <i>Escanee el código QR para leer el documento:</i> <u>Adultos</u>  <u>Pediatría</u> 

Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA)/Política de privacidad

Además de los consentimientos descritos en la Declaración de prácticas de privacidad, por la presente autorizo específicamente el compartimiento de mi Información médica protegida a la(s) persona(s) identificada(s) a continuación.	
Indique los nombres de las personas autorizadas por usted para recibir su información de salud, verbalmente, recoger medicamentos, recetas o copias de documentos personales.	
Nombre	Nombre
Parentesco	Parentesco
Número de teléfono	Número de teléfono

 Firma

 Nombre en letra impresa

 Paciente / Padre / Tutor

Comprobar parentesco

 Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CUIDADOS Y TRATAMIENTO
AUTORIZACIÓN FINANCIERA
RECONOCIMIENTOS**

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo (individualmente o en nombre del paciente mencionado anteriormente) doy mi consentimiento para recibir cuidados y tratamiento en Valley View Health Center, un centro de salud calificado a nivel federal que provee una variedad de servicios de cuidados médicos, que incluyen atención médica primaria, servicios dentales, servicios de consejería y servicios farmacéuticos. Dichos servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamientos de rutina que incluyen (pero no se limitan a) análisis de laboratorio de rutina y administración de medicamentos según lo recetado.

Entiendo que también se me puede pedir que firme consentimientos y autorizaciones específicos del departamento por separado, particularmente para procedimientos médicos o dentales invasivos o complejos, tratamiento de consejería u otros asuntos en los que los riesgos y beneficios de los cuidados o el tratamiento no se describen típicamente como "rutina." Los consentimientos para una "serie" de procedimientos o tratamientos ambulatorios se actualizarán al menos una vez al año.

Entiendo que si doy mi consentimiento para el tratamiento de un menor, se me puede pedir que firme documentos adicionales relacionados con el cuidado y tratamiento del menor y mi papel en la autorización de dicho cuidado. Si estoy embarazada o quedo embarazada, mi consentimiento para el tratamiento incluye el consentimiento para el tratamiento de mi hijo por nacer.

Entiendo que VVHC colabora con instituciones educativas y que el (los) estudiante(s) pueden participar en mi atención bajo la supervisión del (los) proveedor(es) de VVHC.

Autorizo a Valley View Health Center a facturar por todos los servicios proveídos, y he proporcionado por separado a Valley View Health Center mi cobertura de seguro médico e información financiera familiar para que se use junto con dichas facturas para determinar si los cuidados o los servicios están sujetos a Valley View para un descuentos en la escala de tarifas del Centro de Salud. Actualizaré mi ingreso familiar y la información de cobertura de salud cada vez que cambie dicha información. Entiendo que soy responsable de todos los copagos y deducibles requeridos por mi plan de salud. Entiendo que si los cuidados o el tratamiento no están cubiertos generalmente por mi plan o programa de salud, se me puede facturar directamente por dichos servicios. En ese caso, tengo derecho a solicitar un Estimado de Buena Fe de los cargos por servicios no cubiertos antes de recibir dicha atención o tratamiento.

Reconozco que he recibido, o me han ofrecido, cada uno de los siguientes documentos, y entiendo que puedo solicitar una copia de cualquiera de estos documentos del Centro de Salud de Valley View en cualquier momento:

- Paquete para pacientes nuevos (adultos/pediátricos)
- Declaración de Prácticas de Privacidad (HIPAA)
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Política de Medicamentos
- Derecho a una estimación de buena fe de los cargos
- Escala o tarifas de descuentos y proceso para calificar para tarifas reducidas
- Precios de medicamentos con descuento
- Directivas Anticipadas de Cuidados Médicos / Directivas Anticipadas de Salud Ment

Firma del paciente / padre / tutor
Comprobar relación

Nombre del padre / tutor / garante
Comprobar relación

Fecha: _____