

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	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN FÍSICA:		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
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"/> Imigrante <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 Pacifico <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/el clic) (Circle/click 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.



Escanee el código QR para leer el documento:

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 cada 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.

 Escanee el código QR para leer el documento: Adultos

Pediatría


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