

Información del Paciente Registro para Nuevos Pacientes Adultos

Apellido Legal

Nombre Legal

Inicial

Nombre Preferido

Por favor entregue su tarjeta de identificación al recepcionista

Número de Seguro Social

Fecha Nacimiento

Sexo: Masculino Femenino

Dirección Física

Dirección Postal (si es diferente a la física)

Ciudad

Estado

Código Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Sería útil un intérprete para su visita? Sí No

Lenguaje Primario

¿Su médico de cabecera está en el CHC? Sí No ¿Su dentista de cabecera está en el CHC? Sí No

Información de Contacto del Paciente

Teléfono primario Celular

Teléfono alternativo

Correo Electrónico

Número de contacto preferido: Teléfono de Casa Teléfono de Día

Tiene mi permiso para dejar un mensaje detallado en mi teléfono preferido Sí No

¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas? Correo Electrónico Llamada Texto Mensaje de voz

Nombre de Contacto de Emergencia

Relación/Parentesco

Número de Teléfono

Datos Demográficos adicionales del Paciente (UDS)

¿Es usted una persona sin hogar? Sí No

¿Es usted trabajador agrícola? Sí No

¿De que origen étnico se considera usted?

- Mexicano/a Mexicoamericano/a
 Otro origen hispano, latino o español
 Prefiero no responder

- Cubano/a Chicano/a
 Puertorriqueño/a
 No de origen hispano, latino o español

¿De que raza se considera usted?

- Negro/Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático indio/asiática india
 Nativo Hawaiano Chino/a Filipino/a Guameño/a o chamorro/a
 Otro Isleño del Pacífico Japonés/esa Coreano/a Otro origen asiático
 Prefiero no responder Samoano/a Vietnamita Blanco

¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos? Esto incluye: Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Infantería de Marina, Armada, Fuerza Espacial, Guardia Nacional, o Reservas, o el Servicio de Salud Pública de EE. UU. (PHS), y la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA). Sí No

¿Cual es su farmacia preferida? (nombre y ubicación): _____

¿Cuál es su segunda farmacia preferida? (nombre y ubicación): _____

¿Cómo se enteró sobre nosotros?

- Tacoma/Departamento de Salud del Condado Pierce Programa de Intercambio de Agujas Empleado de CHC
 ¿Hospital—cuál? _____ Promotor de Salud Paciente de CHC
 Otro: _____

Información de Seguro Primario

Por favor, entregue su tarjeta del seguro al personal de recepción.

¿Hay alguien con quien le gustaría que compartamos su información médica/dental **GENERAL**?

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

***Información Médica/Dental General no incluye; tratamiento, diagnóstico, resultados de pruebas, otra información de salud sensible o información reproductiva, para este consentimiento usted necesita llenar una forma llamada Autorización para Proporcionar/Obtener Información Confidencial Médica/Dental.**

Autorización, Consentimiento y and Cesión de Beneficios

Por la presente doy consentimiento para la atención ambulatoria con Community Health Care con un equipo multidisciplinario de médicos. Esta atención puede incluir: Evaluación, Diagnóstico, Consulta y tratamiento para atención Médica, Psiquiátrica, de Salud del Conductual y/o Dental Estos servicios se pueden brindar en una de nuestras clínicas o mediante un sistema de telemedicina, utilizando equipos de videoconferencia. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Community Health Care y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos. Entiendo que Community Health Care me facturará a mí o a mi Seguro por visitas médicas en persona, audiovisuales y de audio solamente, dentales y/o de salud mental. Estoy de acuerdo con la divulgación de información relacionada con el tratamiento/consulta de atención médica, psiquiátrica, de salud conductual y/o dental con el propósito de pago u operaciones de atención médica. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada y se utilizará para reclamos futuros. Puedo revocarlo en cualquier momento mediante notificación por escrito. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Community Health Care.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only:

Initials _____