



| | | |
|---|---|--|
| Registro De Paciente | | Fecha: |
| Por favor llene completamente. La información recopilada aquí nos ayuda a recibir fondos como un centro de atención médica sin fines de lucro. Tenemos que actualizar la información del paciente anualmente. | | |
| Apellido: | Nombre: | Segundo Nombre: |
| Apodo: | Fecha de Nacimiento: | |
| Seguro Social: | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Declinar Especificar | |
| Dirección Postal: | Ciudad: | Estado: Código Postal: |
| Dirección Física: | Ciudad: | Estado: Código Postal: |
| Telefono de Casa: | Telefono Celular: | |
| Telefono del Trabajo: | Aceptar para dejar el mensaje con (seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> contestador automático <input type="checkbox"/> la persona que responde <input type="checkbox"/> texto | |
| Email (solo para eventos): | | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Socio Doméstico <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Declinar Especificar | | |
| Estudiante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Tiempo Completo | Idioma Perferido: | |
| Proveedor Primario: <input type="checkbox"/> Thomas Bertolli, MD <input type="checkbox"/> Mark Kal, MD <input type="checkbox"/> Clement Binnings, MD <input type="checkbox"/> Afsoon Foorohar, DO <input type="checkbox"/> Jesse Ewing, PA <input type="checkbox"/> Lois Falk, FNP <input type="checkbox"/> Indeciso <input type="checkbox"/> No RCMS (Especificar): | | |
| Contacto en Caso de Emergencia: Nombre: | | Fecha de Nacimiento: |
| Telefono #: | Relacion: | |
| Si desea que el RCMS comparta cualquier información sobre su atención/citas con alguien, por favor pregunte por (a) el formulario (s) de "rol de soporte". De lo contrario, su información seguirá siendo privada. | | |
| Sin Casa: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> Casa Compartida (familia o amigo) <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Calle/Campamento <input type="checkbox"/> Viviendas de Transición | | |
| Trabajador Migrante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Necesita un Intérprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Americano Negro/Africano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Nativo de Islas del Pacífico | | Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino |
| Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre a Transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer/No-Binario <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer a Transgénero <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> Declinar Especificar | | Orientacion Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> Declinar Especificar |
| Numero en la Familia: | Ingreso Anual: <input type="checkbox"/> \$0-\$15,999 <input type="checkbox"/> \$16,000-\$21,999 <input type="checkbox"/> \$22,000 - \$30,999 <input type="checkbox"/> \$31,000+ | |
| Aseguranza: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Family Pact <input type="checkbox"/> Sin aseguranza <input type="checkbox"/> Aseguranza particular/Otro: | | |
| CONTINUAR ATRAS | | |

| | |
|---|----------------------|
| Persona Responsable del Pago (si no uno mismo): Nombre: | Fecha de Nacimiento: |
| Relación: | Dirección Postal: |

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por medio de la presente doy autorización para el desempeño y administración de los procedimientos necesarios para uso de diagnóstico y tratamiento, que a juicio del médico/médico asistente/practicante de enfermería/dentista, consideren necesarios o convenientes.

PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA PARA MAYORES O NECESIDADES ESPECIALES: Certifico que la información dada por mí en la aplicación o para pago bajo el título VII de la ley de Seguro Social es correcto. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hará a mi favor.

LA ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO: En el caso de que tengo derecho a los beneficios derivados de cualquier política de aseguradora de seguros o cualquiera de las partes responsables a mí, yo asigno dicho beneficios directamente a los Servicios Medicos Redwood Coast, Inc. para su aplicación a mi cuenta. Estoy de acuerdo que Redwood Coast Medical Services, Inc. podrá expedir un recibo de dicho pago, que dicho pago deberá descargar la compañía de seguros de cualquiera y todas las obligaciones derivadas de la política en la medida del pago, y que yo seré responsable de los gastos no cubiertas por el acuerdo.

Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad

Por ley, estamos obligados a proporcionarle nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que pueden ocurrir en mi tratamiento, en el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica de Redwood Coast Medical Services. Este aviso también describe mis derechos con respecto a mi información de salud médica / protegida. Por favor revise cuidadosamente. Como paciente, tiene los siguientes derechos que incluyen pero no se limitan a:

1. El derecho de inspeccionar y copiar su información,
2. El derecho a solicitar la corrección de su información,
3. El derecho a solicitar que su información sea restringida,
4. El derecho a la comunicación confidencial,
5. El derecho a un informe de divulgación de su información, y
6. El derecho a una copia en papel de este Aviso.

Queremos asegurarle que su información médica / protegida de salud está segura con nosotros. Este aviso contiene información sobre cómo aseguraremos que su información permanezca privada. Redwood Coast Medical Services se reserva el derecho de cambiar las prácticas que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad.

Si tiene preguntas, desea información adicional o desea informar un problema relacionado con el manejo de su información, puede comunicarse con:

RCMS' Chief Executive Officer
PO Box 1100
Gualala, CA 95445
707-884-4005

Reconozco que se me entrego una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de RCMS:

| | |
|--|----------------------|
| Nombre de Paciente: | Fecha de Nacimiento: |
| Firma: | Fecha: |
| Representante Nombre (si no puede firmar): | Relacion: |

For RCMS Use Only: I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of RCMS Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reason: Patient Refused to Sign Patient Unable to Sign

Employee Name: _____ Date: _____