



Registro De Paciente

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.

| | | |
|---|---|---|
| Fecha: | | |
| Apellido: | Nombre: | Segundo Nombre: |
| Fecha de Nacimiento: | Apodo: | Pronombre de género preferido: |
| Seguro Social #: | Sexo al Nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| Dirección Postal: | Ciudad: | Estado: Zip: |
| Dirección Física: | Ciudad: | Estado: Zip: |
| Telefono de Casa: | Telefono Celular: | |
| Telefono de Trabajo: | Aceptar para dejar el mensaje con (seleccione todas las que correspondan): | |
| Correro Electronico: | <input type="checkbox"/> Contestador automático <input type="checkbox"/> La persona que responde <input type="checkbox"/> Texto | |
| Farmacia: | | |
| 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"/> Sí: <input type="checkbox"/> Tiempo Parical <input type="checkbox"/> Tiempo Completo | Idioma Perferido: | |
| Proveedor | <input type="checkbox"/> Thomas Bertolli, MD <input type="checkbox"/> Lois Falk, FNP <input type="checkbox"/> Afsoon Foorohar, DO <input type="checkbox"/> Holly Hamm, FNP | |
| Primario Actual: | <input type="checkbox"/> Isabell Orellana, PA <input type="checkbox"/> Lon Transue, PA-C <input type="checkbox"/> Undecided <input type="checkbox"/> No RCMS (especifique): | |
| 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. | | |
| En los últimos 12: <input type="checkbox"/> Le preocupaba quedarse sin comida antes de conseguir dinero para comprar más <input type="checkbox"/> Se quedó sin comida y no tenía suficiente dinero para comprar más <input type="checkbox"/> Usó un banco de alimentos | | |
| Sin Casa: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <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"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Necesita un Intérprete: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Veterano: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Raza: | | Etnicidad: |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Otro isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Guameño/Chamorro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Más de una carrera <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Declinar especificar | | <input type="checkbox"/> Mexicano/mexicano americano/chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Origen hispano/latino/español combinado <input type="checkbox"/> No origen hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Declinar especificar |
| Identidad de Género: | | Orientación Sexual: |
| <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> No sabe/Desconocido <input type="checkbox"/> Declinar especificar <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Hombre transgénero/Transmasculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Mujer transgénero/Transfemenina | | <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> No sabe / Desconocido <input type="checkbox"/> Declinar especificar |
| CONTINUAR ATRAS | | |

| | |
|---|--|
| Numero en al Familia: | Ingreso Anual: <input type="checkbox"/> \$0-15,060 <input type="checkbox"/> \$15,061-20,030 <input type="checkbox"/> \$20,031-25,000 <input type="checkbox"/> \$25,001-30,120 <input type="checkbox"/> \$30,121+ |
| Aseguranza: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare y Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno / Sin seguro <input type="checkbox"/> Seguro privado | |
| Directiva anticipada de atención médica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Porfavor proporcione una copia | |
| 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 RCMS para su aplicación a mi cuenta. Estoy de acuerdo que RCMS 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 | |
| <p>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 RCMS. Este aviso también describe mis derechos con respecto a mi información de salud médica / protegida. Por favor revise cuidadosamente.</p> <p>Como paciente, tiene los siguientes derechos que incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El derecho de inspeccionar y copiar su información - El derecho a solicitar la corrección de su información - El derecho a solicitar que su información sea restringida - El derecho a la comunicación confidencial - El derecho a un informe de divulgación de su información - El derecho a una copia en papel de este Aviso <p>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. RCMS se reserva el derecho de cambiar las prácticas que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad.</p> <p>Si tiene preguntas, desea información adicional o desea informar un problema relacionado con el manejo de su información, puede comunicarse con:</p> <p style="text-align: center;">RCMS' Chief Executive Officer PO Box 1100 Gualala, CA 95445 707.884.4005</p> | |
| 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: <input type="checkbox"/> Patient Refused to Sign <input type="checkbox"/> Patient Unable to Sign | |
| Employee Name: | Date: |