



**REGISTRO DE PACIENTE**

Account # \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_

Insurance Card(s): Y / N

Date processed: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*\*\* Favor presente su identificación y tarjeta(s) de seguro a recepción cuando entregue este formulario. \*\*\***

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. de seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Est. Civil: \_\_\_\_\_  
mes día año

Dirección: \_\_\_\_\_

Apartado postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono celular/casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estudiante:  Tiempo completo  Tiempo parcial Colegio: \_\_\_\_\_ Lenguaje primario: \_\_\_\_\_

*MedNorth es un centro de salud federalmente calificado, por lo tanto, se nos exige obtener información demográfica de cada paciente. La información suministrada por usted es confidencial. Agradecemos su cooperación con estos requisitos de información. Favor marque Elige no reportar, si no quiere responder a una pregunta en particular. Gracias por escoger a MedNorth como su proveedor de salud.*

Raza (marque uno)  Indio Americano/ Nativo de Alaska  Asiático  Negro/Africano Americano  Nativo Americano  Isleño del Pacifico  
 Blanco  Hawaiano  Otro  Elige no reportar

Etnicidad (marque uno)  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  Otro  Elige no reportar

**Sexual Orientación:**

Heterosexual  Lesbiana o gay  Bisexual  Otro  No sé  Elige no reportar

**Identidad de género:**

Hombre  Mujer  Transgénero - hombre a mujer  Transgénero - mujer a hombre  Otro  Elige no reportar

¿Es usted un Veterano US?  Si  No

**Tipo de vivienda del paciente o padre/ tutor del paciente, si es menor de edad (seleccione uno)**

Renta o es dueño  Transitorio (vive de lugar en lugar)  Calle  Elige no reportar  
 Refugio (sin hogar)  Otro \_\_\_\_\_  Doble (vivienda compartida)

**Ingreso total de familia (anual) – seleccione uno**

\$12,140 o menos  \$12,141 - \$16,460  \$16,461 - \$20,780  \$20,781 - \$25,100  \$25,101 - \$29,420  \$29,421 - \$33,740  
 \$33,741 - \$38,060  \$38,061 - \$42,380  \$42,381 - \$46,700  \$46,701 - \$51,020  \$51,021 - \$55,340  \$55,341 - o más

Número de miembros de familia: \_\_\_\_\_  Elige no reportar

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleador del esposo/a: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

En caso de **EMERGENCIA**, podemos llamar a: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Rel: \_\_\_\_\_

**Información del fiador:** (Persona que paga la cuenta) Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Si el paciente es menor de edad:**

**Padre/Tutor legal del menor (1)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor legal del menor (2) [Si aplica]**

\*Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\*Tutor legal/persona designada (persona autorizada para acompañar al menor) Nombre completo: \_\_\_\_\_

**\*Notificación Importante: La información anterior No es una autorización y/o asignación de un representante personal. Es REQUERIDO que firme una autorización para divulgar datos médicos.**

Esta visita es debido a un Accidente/Golpe?:  Si  No Fecha del Accidente/Golpe: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*\*WC/ 3rd party liability form completed: \_\_\_\_\_

**Al marcar esta casilla, yo verifico que no tengo seguro o tengo un plan con alto deducible. Me han ofrecido un formulario para aplicar al programa de descuento (Careded), a través del centro de salud y ELIJO NO APLICAR.**

Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta.  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente del Padre/ Tutor si el paciente es un menor) (Fecha)

# MedNorth Health Center

## Aviso sobre nuestra póliza

Nosotros estamos comprometidos en proteger la información personal sobre su salud en conformidad de lo que establece la ley.

La siguiente información establece cuales son la póliza según el estado:

- Nuestra obligación según las leyes es respetar la información personal sobre su salud.
- La manera en que podemos utilizar y divulgar la información que guardamos de usted.
- Usted tiene el derecho sobre su información personal de salud.
- Nosotros tenemos el derecho de cambiar la póliza sobre privacidad.
- Como poder hacer una queja si cree que se ha violado su privacidad.
- Las condiciones que se aplican a las solicitudes y a los accesos no descritos en este documento.
- La persona designada como contacto para proveer información adicional.

Es nuestra póliza suministrarle una copia de este documento y requerimos su firma para demostrar que lo hemos hecho.

### Reconocimiento del paciente de haber recibido la información

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco por este medio que he recibido una copia sobre la información de la póliza de privacidad.

---

Firma del paciente

Fecha

---

Firma del representante o pariente (si es menor de edad)

Fecha

---

Descripción de la autoridad legal a actuar a nombre de paciente



## Centro Médico MedNorth

### Condiciones de Revisión Médica Consentimiento de Atención y Tratamiento

#### Información de Contacto e Instrucciones

Con el fin de proporcionar servicios de salud de calidad con respeto a su privacidad, le pedimos que nos indique cómo ponernos en contacto con usted para discutir asuntos tales como los resultados de laboratorio importantes y seguimiento médico, programar citas, problemas de facturación, rellenar órdenes en la farmacia o posibles retiros de medicinas.

**Teléfono:**

Está bien dejar mensajes con información detallada.  
 Dejar mensajes solamente con número de

**Comunicación escrita:**

Enviar por correo tarjetas postales o cartas.  
 Enviar correspondencia al trabajo/oficina.

Teléfono para devolver la llamada.

Casa #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Trabajo #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Text #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Le doy mi consentimiento al personal designado de Centro de Salud MedNorth, para el examen, para ordenar pruebas de laboratorio adecuado, procedimientos de diagnóstico y prescripción de medicamentos y tratamientos para

\_\_\_\_\_ Nombre del paciente

Todos los procedimientos me serán explicados y tendré la oportunidad de hacer preguntas acerca de las ventajas, las alternativas y los posibles efectos adversos del tratamiento.

**Este consentimiento es válido hasta que sea revocado por mí. La**

**responsabilidad por el pago de la factura:**

El abajo firmante, entiende que es financieramente responsable de los servicios recibidos por el paciente y autoriza a MedNorth a dar cualquier información médica necesaria para recibir el pago por los servicios prestados al paciente.

**Acuerdo Beneficiario:**

Solicito el pago de los beneficios autorizados por mi compañía de seguros, a que se hagan en mi nombre por el Centro de Salud MedNorth por servicios prestados, entiendo que esta solicitud es válida hasta que sea revocada por mí y que soy responsable de cualquier deducible y co-pago de cargos permitidos no cubiertos de otra manera.

**Contenido de la forma:**

**Certifico que he leído este formulario y entiendo su contenido y que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*Si es menor de edad, se requiere la firma del padre / guardián legal.*

Personal MedNorth \_\_\_\_\_



# CONSENTIMIENTO PARA COMUNICAR INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA A UNA PERSONA AUTORIZADA

Nombre del paciente (por favor imprima):	Fecha de nacimiento:
--	----------------------

Doy permiso para que MedNorth comparta VERBALMENTE la información que he descrito a continuación para ser divulgada a las personas que he identificado a continuación. **Este formulario no autoriza la publicación de copias de mis registros médicos.**

**\*Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los registros del paciente con abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 Partes CFR 160 y 164 y la ley de confidencialidad estatal que rige los servicios de salud conductual/abuso de sustancias (GS 122C) no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito a menos que se disponga lo contrario o en las regulaciones. Entiendo que la información que se divulgará puede contener información sobre abuso de alcohol, abuso de drogas, infección por VIH, sida o condiciones relacionadas con el SIDA, limitaciones psicológicas, psiquiátricas o físicas.**

También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado medidas en función de él. Entiendo que MedNorth puede no condicionar mi tratamiento basado en la firma de este formulario.

Indicate each person that you approve:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación:  Familia  Amigo  Caregiver  Otro proveedor: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

---



---

Este consentimiento expira un año a partir de la fecha de ejecución a menos que otros: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Aturesigno del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Por la presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud de (Nombre del Cliente) \_\_\_\_\_ firmado por (Ingrese el nombre de la persona que firmó la autorización) \_\_\_\_\_ on (Ingrese la fecha de la firma) \_\_\_\_\_ ser rescindido, eficaz \_\_\_\_\_. Entiendo que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_