



Información del paciente

Nombre _____ Apellido _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ código postal _____
Fecha de nacimiento _____ Email _____
Teléfono-Casa _____ Celular _____ trabajo _____
Empleador _____ Es Vd. veterano/a sí no _____
Sueldo bruto _____ número de familiares en su casa _____

Estado civil: soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
Orientación- heterosexual homosexual bisexual otra cosa no sé no quiero divulgar
Sexual _
Genio: - Masculino - Femenino - Trans-sexual/hombre - Trans-sexual/mujer - Otro - No quiero
a mujer a hombre divulgar
Lengua - inglés - español - coreana - otra Origen étnico: hispano/a - no hispano/a
Raza: Negro/Afroamericano/a-Blanco/a- Hawaiano/a-Otro polinesio/a - Nativo norteamericano/a
/ nativo de Alaska- Asiático/a - Más que una sola raza
Empleo: jornada completa-de media jornada-autónomo/a- sin empleo-retirado/a-militar activo

¿Cómo se enteró de JHC? - Una experiencia anterior con JHC - Una referencia (del Free Clínica,
servicios sociales, etc.) - Un compromiso con la comunidad (una feria artesanal, evento de salud) -
televisión - por palabra de boca (familiares o amistades) - la internet - periódico

El garante/La persona responsable (si es otra persona que la de arriba)

Nombre completo _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Relación al garante: _____
Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____
Numero social _____ Fecha de nacimiento _____

Información del seguro médico primario

Seguro: _____ Nombre del asegurado _____
Fecha de nacimiento del asegurado _____ relación con el paciente _____
Número grupo _____ número de la póliza _____ fecha efectiva _____

Información del seguro médico secundario

Seguro _____ Nombre del asegurado _____
Fecha del nacimiento del asegurado _____ relación con el paciente _____

Numero grupo _____ número de la póliza _____ fecha efectiva _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Doy consentimiento a las personas responsables de Johnson Health Center para hacer el tratamiento médico grave, crónico, y/o de urgencia y el cuidado preventivo, el mantenimiento de salud, y/o el cuidado mental o conductual que sea necesario medicamente. (Si el paciente nombrado al otro lado de esta página sea de la edad menor, un padre o guardián legal tendrá que firmar este consentimiento médico.) Un consulto de compartimento de salud es un miembro del equipo del cuidado primario que funciona atentamente con su propio médico para reconocer y dar atención en cuanto a las condiciones médicas que se encuentran con las condiciones emocional y mentales graves y crónicas. Solo hay un record electrónico de salud entre los miembros del cuidado primario que se usan para dar atención a su plan del cuidado y esta información de salud se comportará entre los miembros del cuidado primario.

AUTORIZACION PARA EL PAGO

Doy autorización para dejar cualquiera de la información médica necesaria para tramitar las reclamaciones del seguro. Doy permiso usar una copia de esta autorización en vez del original. Autorizo el Johnson Health Center pedir pago del seguro para los servicios hechos. Pido que el Johnson Health Center reciba el pago directamente. Certifico que la información dada sobre mi seguro y mi información personal es correcta. Entiendo que las reclamaciones harán electrónicamente por un portal del internet seguro. Entiendo que soy responsable para cualquier saldo que el seguro no paga.

AUTORIZACION PARA DEJAR UN MENSAJE

¿Está de acuerdo que al no poder contactarle , podemos dejarle un mensaje por teléfono que contiene información médica ¿ **Sí No**

Si sí, ¿Cual teléfono podemos dejar mensajes? **CASA CELULAR TRABAJO**

NOTICIA DE LA PRACTICA DE SEGURIDAD

Recibí y leí la noticia de la práctica de seguridad del Johnson Health Center.

LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Recibí una copia de los derechos y responsabilidades del paciente y tuve una oportunidad para hacer preguntas.

LA POLITICA DE LA MEDICACION

Entiendo que el Johnson Health Center hará acceso al programa de vigilar las prescripciones en Virginia para verificar el uso de la medicamento y evitar las interacciones médicas.

Firma del paciente (padre/guardián si es menor) _____

Fecha _____

(Esta forma será utilizado en cuanto que es necesaria. Vd. puede revocar o cambiar cualquiera de sus consentimientos cuando quiera.)