



Información del Paciente

Primer Nombre: _____ SN: _____ Apellido: _____
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
¿Quién llena esta forma? Yo mismo/Paciente Padre/Guardián (nombre) _____
Favor de incluir a otro padre o guardián, si aplicable: _____

Información de Contacto *(si el paciente es menor de edad, use la información del padre/guardián legal)*

Email: _____
Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

El Garante/La Persona Responsable *(si es distinta que el paciente de arriba)*

Primer Nombre: _____ SN: _____ Apellido: _____
Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Email: _____
Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Información del Seguro

Información del Seguro Primario

Seguro: _____ Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Relación al paciente: _____
Numero de Grupo: _____ Numero de Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____

Información del Seguro Secundario

Seguro: _____ Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Relación al paciente: _____
Numero de Grupo: _____ Numero de Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____

Información del Contacto de Emergencia

Nombre Completo: _____ Relación al paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Email: _____
Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Staff Use: Data entered into EMR by _____ Date _____

Información Demográfica

Marcar las repuestas con la información del paciente, no la de padre/guardián legal, si el paciente es menor de edad.

Estado Civil:

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Orientación Sexual:

Heterosexual Homosexual/Gay Bisexual
 Otra cosa No se No quiero divulgar

Genero:

Masculino Transgenero, Hombre-a-Mujer Otro
 Femenina Transgenero, Mujer-a-Hombre No quiero divulgar

Idioma Preferido:

Inglés Español Coreano Otro

Origen Étnico:

Hispano No-Hispano

Race (select all that apply):

Negro/Afroamericano Blanco Hawaiano Otro
 Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático Otro Polinesio _____

Empleado:

Tiempo completo Medio-tiempo Cuenta propio/a Sin Empleo Jubilado Militar Activo

Seguro:

Seguro Privato No tengo seguro No tengo seguro para los medicamentos
 Medicaid Medicare/Medicaid QMB

Es Vd. un veterano? Si No

¿Está sin alojamiento? Si No

Si marco si, donde se está quedando?

Calles Vivienda de transición Desconocido
 Compartiendo habitación Casa de refugio Otro

Es trabajador Agrícola temporal o trabajador migrante? Si No

Si marco si, cuanta gente está con Vd. que es su familia? _____

Cuantos hay en casa, inclúyase Vd. mismo: _____

Ingreso de casa: \$ _____ No quiero divulgar

¿Cómo se enteró de JHC? (marcar)

Una Experiencia anterior con Johnson Health Center Un evento (una feria de salud o artesanía, etc.)
 Una referencia (de Free Clinic, Servicio Sociales, etc.) Periódico (noticio del día, aviso)
 Por palabra de boca (Un Amigo, Familiar) Televisor
 Internet (Facebook, Pagina Web)

Staff Use: Data entered into EMR by _____ Date _____

Autorización y Notificaciones del Paciente

Esta forma será usada como consentimiento Vd. puede revocar o cambia cualquiera de sus consentimientos cuando quiera. Favor de poner sus iniciales a la par de cada declaración. Firme y ponga la fecha debajo de la página.

Autorización 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. Hay un solo 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.

Inicial: _____

Autorización de Pagos

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.

Inicial: _____

Autorización para dejar Mensajes

¿Está de acuerdo que, al no poder contactarle, podemos dejarle un mensaje por teléfono que contiene información médica? (círculo apropiado) **SI** **NO**

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

Inicial: _____

Noticia de Practica de Seguridad

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

Inicial: _____

Los Derechos y Responsabilidades del Paciente

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

Inicial: _____

La Política de Medicación

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

Inicial: _____

Firma del Paciente (padre/guardián si es menor)

Fecha

This Page for Office Use Only

Page 1

Patient Information

Comments: _____

Guarantor/Responsible Party

Comments: _____

Primary Medical Insurance Information

Comments: _____

Secondary Medical Insurance Information

Comments: _____

Emergency Contact

Comments: _____

Page 2

Members of the Household

Comments: _____

Household Income

Comments: _____

Page 3

Authorization for Treatment

Patient Declined

Authorization for Payment

Patient Declined

The patient made aware that declination means that they will receive a bill for all services provided?

Yes No

Authorization to Leave Messages

Patient Declined

Notice of Privacy Practices

Patient Declined

Patient Rights & Responsibilities

Patient Declined

Medication Policy

Patient Declined