

## FORMA PARA REGISTRAR AL PACIENTE

Información del/de la Paciente			
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	
Dirección de Correo			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección Física (llenar si es diferente a la del correo)			
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	
Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Enviudado	
Número de Seguro Social	Correo electrónico		
¿Cómo te enteraste de RAHC? <input type="checkbox"/> periódico <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> televisión <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> hospital <input type="checkbox"/> señalización en camino <input type="checkbox"/> búsqueda en Internet <input type="checkbox"/> compañía de seguros <input type="checkbox"/> Otro:			
Responsabilidades Financieras			
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Guardián/Poder Legal			
Apellido	Primer Nombre		
Dirección <input type="checkbox"/> Igual que la anterior	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Número de Casa	
Información de Empleo			
¿Está usted empleado? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado		Nombre de Empleador	
Dirección de Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Es usted un estudiante? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No soy un estudiante		¿Es usted un militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto de Emergencia #1			
Apellido	Primer Nombre		
Dirección de Correo			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Relación al paciente	
Contacto de Emergencia #2			
Apellido	Primer Nombre		
Dirección de Correo			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Relación al paciente	

Farmacia, Proveedor y Información del Seguro	
<b>Farmacia preferida:</b> La farmacia que se ha asociado con RAHC es el Centro de Recetas de Lexington (Lexington Prescription Center). Si usted no llena esta sección, todas las recetas irán a Lexington Prescription Center.	
Si no es RAHC, ¿quién es su médico de atención primaria?	
Si no es RAHC, ¿quién es su proveedor de servicios dentales?	
Enumere los otros proveedores de salud que utilice:	
<b>Compañía de Seguro Médico Primario:</b>	
Número de identificación del plan	Número del grupo plan
Nombre del/de la asegurado/a	
Fecha de nacimiento del/de la asegurado/a	Numero de Seguridad Social del/de la asegurado/a
<b>Compañía de Seguro Médico Secundario:</b>	
Número de identificación del plan	Número del grupo plan
Nombre del/de la asegurado/a	
Fecha de nacimiento del/de la asegurado/a	Numero de Seguridad Social del/de la asegurado/a
<b>Compañía de Seguro Dental Primario:</b>	
Número de identificación del plan	Número del grupo plan
Nombre del/de la asegurado/a	
Fecha de nacimiento del/de la asegurado/a	Numero de Seguridad Social del/de la asegurado/a
Tiene una declaración anticipada de Tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desearíamos tener una copia. Tenemos muestras de declaraciones anticipadas de tratamiento.	
Información adicional del paciente	
Nosotros recolectamos información de todos nuestros pacientes para darnos una mejor idea de la comunidad a la que servimos y mejorar nuestros servicios. Reportamos esta información sin identificar a un paciente en particular. Por ejemplo, reportamos que ofrecimos servicios a 100 veteranos.	
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> No reportada/prefiero no indicar	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispánica o Latinoamericana <input type="checkbox"/> No Hispana <input type="checkbox"/> No reportada/prefiero no indicar
<b>Estatus de Veterano:</b> Ha formado parte de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Idioma preferida:</b> _____ ¿Usted requiere de la asistencia de un traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Quisiera recibir asistencia con leer/completar las formar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Residencia:</b> ¿Es usted un residente temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive en residencia pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Eres una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Vive en una casa multifamiliar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Orientación Sexual:**

Lesbiana o Homosexual  Heterosexual  Bisexual  Otra  No sé  No reportada/prefiero no indicar

**Identidad de Género:**

Hombre  Mujer  Hombre Transgénero (de Mujer a Hombre)  Mujer Transgénero (de Hombre a Mujer)  Otra  
 No reportada/prefiero no indicar

¿Cuánta gente vive en su hogar, incluyéndose? \_\_\_\_\_

¿Cuánto calcula que es el ingreso total de su casa anual, incluyendo asistencia del gobierno y asistencia de incapacidad?

Menos de \$11,000  \$15,001- \$20,000  \$25,001- \$35,000  \$45,001- \$55,000  
 \$11,001- \$15,000  \$20,001- \$25,000  \$35,001- \$45,000  Más de \$55,000

**Información de Privacidad**

Las regulaciones del gobierno de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, la legislación de portabilidad y responsabilidad de seguro médico) requieren permiso del paciente para hablar con familia, amigos o guardia y custodial sobre información protegida de su salud, con excepción de casos de emergencia. El Centro de Salud toma en serio la responsabilidad de cuidar su cuenta e información médica privadas y confidenciales. Se puede leer la noticia completa de las prácticas de privacidad del Centro de Salud en el sitio [www.rockahc.org](http://www.rockahc.org) o puede solicitar una copia en la oficina central.

Para que nosotros podamos compartir su información con otra persona, tendrá que designar quién puede tener acceso a esta información y darnos su permiso firmado para poder compartir la información. Usted también puede poner “ninguno.”

**Condición médica general, resultados de laboratorio, resultados de exámenes, resultados de tratamiento o información sobre su cita:**

Nombre	Relación	No. de teléfono
--------	----------	-----------------

Nombre	Relación	No. de teléfono
--------	----------	-----------------

**Saldo e información financiera:**

Nombre	Relación	No. de teléfono
--------	----------	-----------------

Nombre	Relación	No. de teléfono
--------	----------	-----------------

En el caso de que no le podamos contactar por teléfono ¿le podríamos dejar un mensaje?  Sí  No

Nosotros usamos un sistema automatizado para recordarle de sus citas. Si nos dio un número de teléfono celular, prefiere un recordatorio en forma de:  Llamada telefónica  Mensaje de texto

Los pacientes con una dirección de correo electrónico designada en este formulario serán registrados con nuestro portal de pacientes al que se puede acceder en nuestra página de web [www.rockahc.org](http://www.rockahc.org). Nuestro portal de pacientes es una manera en la que podemos darles a nuestros pacientes acceso fácil a nuestros servicios. Ahí puede solicitar resurtidos de medicamentos, revisar sus resultados de laboratorio, ver/imprimir resúmenes de visitas, educación del paciente y registros de inmunizaciones, tal como hacer pagos.

**Firma**

Entiendo que al firmar este formulario, aseguro que la información que proveo es verdadera y acertada. También entiendo que si cambia la información, debo contactar el Centro de Salud.

Firma del/de la paciente	Fecha
--------------------------	-------

Firma del Padre o de la Madre/Guardia y Custodial	Fecha
---	-------