



BARTZ-ALTADONNA
Community Health Center

californiahealth+

BARTZ-ALTADONNA FORMA DE REGISTRO

(Letra de molde por favor)

Fecha:		PCP:	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido(s) del paciente:		Primer Nombre:	Segundo:
		<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	<input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms.
		Estado Civil(Encierre uno) Solt / Cas / Div / Sep / Viud	
¿Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Otro nombre usado/Nombres anteriores?	Apellido de soltera de la madre	Fecha de nacimiento: / /
		Edad	Genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TG
Solo Transgénero: ¿Qué genero era al nacer? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		¿Con que genero se identifica? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar	
Dirección:		Número de Seguro Social.:	Núm. de casa./Celular: ()
		Podemos dejar mensaje: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
P.O. box:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Ocupación:	Empleador:	Teléfono del empleador: ()	
Ingreso mensual de la vivienda:		¿Cuántas personas viven con usted?	
Fuente del ingreso mensual:			
<input type="checkbox"/> Discapacidad del estado Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> SSI Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> SSDI Cantidad: _____			
<input type="checkbox"/> Desempleo Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> Otro Cantidad: _____			
¿Es estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Es veterano? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Tiene directiva avanzada de salud? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Email:
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no declarar		¿Cuál es su lenguaje preferido?	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Africano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Islas del pacifico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiiano <input type="checkbox"/> Indio Americano			
<input type="checkbox"/> Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no declarar			
Referido por (Por favor seleccione una): <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Plan de seguro <input type="checkbox"/> Hospital			
<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Mercadotecnia <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Eventos promocionales <input type="checkbox"/> Otros _____			
Other family members seen here:			
Alojamiento: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Renta (casa) <input type="checkbox"/> Renta (departamento) <input type="checkbox"/> Vive con amigos <input type="checkbox"/> Vive con familia <input type="checkbox"/> Seccion 8			
<input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Por favor explique _____ <input type="checkbox"/> Trabajador de temporada <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante			
INFORMACIÓN DE SEGURO			
(Por favor presente tarjeta de seguro e identificación con foto)			
Persona responsable de la cuenta:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente a la anterior):	Teléfono de casa: ()
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:	Teléfono del empleador: ()
¿El paciente está cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Indique método de pago: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre del beneficiario	Num. Seg.Soc del beneficiario	Fecha de nacimiento: / /	Núm. de grupo:
			Núm. de póliza:
			Copago: \$
Relacion del beneficiario con el paciente: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro			

CONTINUED ON REVERSE

INFORMACION DE SEGURO (CONTINUACIÓN)

Nombre de segunda compañía de seguro (si aplica):	Nombre del beneficiario	Núm. De grupo:	Núm. De póliza:
---	-------------------------	----------------	-----------------

Relación del paciente con el beneficiario: „ Mismo „ Conyuge „ Hijo(a) „ Otro

La información anterior es verdad según mi entendimiento. Yo autorizo que mi compañía de seguros haga pagos por servicios cobrados por mi proveedor. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance no cubierto por mi plan de salud. También autorizo a Bartz-Altadonna Community Health Center o compañía de seguro a divulgar cualquier información requerida para procesar mis cobros.

Iniciales del paciente/tutor legal

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de pariente local o amigo:	Relación con el paciente:	Núm. De casa/Celular: ()	Núm. De trabajo ()
-----------------------------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------------

¿Podemos divulgar información médica a esta persona? „ Si „ No

Enliste cualquier otro individuo autorizado para acompañar al paciente:
(Carta de consentimiento/Proxy firmada por el paciente/tutor legal es requerida por cada uno de los individuos)

Nombre	Relación con el paciente/Número de contacto	HIPAA
_____	_____	„ Si „ No
_____	_____	„ Si „ No

Yo Reconozco que las siguientes formas fueron ofrecidas/recibidas:

- **Formas Pediátricas**
 - Consentimiento para tratar a menores 0-17 años
 - Anuncio de prácticas de privacidad
 - Responsabilidades y derechos de los pacientes
 - Evaluación de mantenerse sano

- **Formas de adultos**
 - Anuncio avanzado de beneficiario (Solo Medicare)
 - Forma de directiva avanzada
 - Ace Score
 - Consentimiento a procedimientos/cirugías médicas
 - Anuncio de prácticas de privacidad
 - Responsabilidades y derechos de los pacientes
 - Evaluación de mantenerse sano

Nombre del paciente/tutor legal en letra de molde	Firma del paciente/tutor legal	Fecha
---	--------------------------------	-------

Representante de Bartz-Altadonna (Letra de molde)	Firma del representante	Fecha
---	-------------------------	-------

Consentimiento para tratar a menores



Yo (Nosotros) los padres o tutores legales de _____ por el presente autorizamos el tratamiento de dicho paciente por personal médico licenciado apropiadamente en caso de cualquier accidente o enfermedad que pueda ocurrir, o cualquier hospitalización necesaria, incluyendo tratamientos o servicios de emergencia, como procedimientos de laboratorio, examinación de rayos X, anestesia local, asesoramiento psicológico, inmunizaciones o cualquier otro servicio considerado necesario por el proveedor de servicios médicos de Bartz-Altadonna Medical. Este consentimiento a tratamientos y/o procedimientos a ser realizados estará en efecto hasta que yo o mi representante legal cancele dichos permisos. La cancelación puede ser verbal y/o por escrito a los empleados de Bartz-Altadonna durante horas de trabajo.

La siguiente información puede ser necesaria en caso de una emergencia médica, por favor complete y regrese la forma.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____

El paciente tiene alguna condición médica.

Asthma Diabetes Alergias Reacciones a mordidas de insectos Fiebre del heno
¿Yes ¿No ¿Yes ¿No ¿Yes ¿No ¿Yes ¿No ¿Yes ¿No

Other _____
¿Yes ¿No

Si seleccionó si a alguna por favor explique incluyendo los medicamentos tomados.

¿Hay algún medicamento que NO se deba administrar?

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación _____

Número de teléfono: _____ HIPAA ¿Yes ¿No

Nombre del tutor legal (Letra de molde)

Relación (Letra de molde)

Firma del tutor legal

Fecha

Testigo en letra de molde (BACHC staff)

Fecha

Firma del testigo (BACHC staff)