

REGISTRACION - FAVOR DE LLENAR ESTA SECCIÓN ENMARCADA Y FIRMAR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO	
LUGAR DE TRABAJO O ESCUELA		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO () M () F	ESTATO CIVIL () C () S () D () V	
DIRECCIÓN EN DONDE RECIBE CORREO			UNIDAD/APT	CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN FÍSICA			UNIDAD/APT	CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO DEL TRABAJO		
A cual número prefiere que le hablemos? Casa Celular Trabajo				CORREO ELECTRÓNICO * (Para el portal)		
Esta bien dejar un mensaje? si no						
Podemos enviar facturas, si es necesario? si no						
CONTACTO DE EMERGENCIA 18 años ó mayor			RELACIÓN	TELÉFONO		
Pertenencia étnica (seleccione uno) Hispano No-Hispano	Raza (seleccione uno) Blanco Afro Americano Nativo Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Otra isla de Pacífico No reportado		¿Qué idioma habla en su casa? _____			
¿Necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

Yo reconozco por este medio que estoy enterado del Aviso de Practicas de *CCHHS, o **DCCH. Las copias están disponibles en la sala de espera o por petición mía. Todo historial médico de menores de edad será conservado por un mínimo 5 años, después de que el individuo haya cumplido 18 años (NRS 626.06).

* Yo entiendo que al proveer mi correo electrónico seré inscrito en el portal electrónico para pacientes de CCHHS o DCCH.

FIRMA _____ **FECHA** _____

<input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIÁN <input type="checkbox"/> PRIMARIO/O DE LA POLIZA						
ESPOSO/PADRE APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL	**RELACIÓN CON EL PACIENTE	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		TELÉFONO DEL TRABAJO / TELÉFONO CELULAR		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO () M () F	
DIRECCIÓN	UNIDAD/APT	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CASA	

SOLAMENTE PACIENTES CON SEGURO MEDICO

Se requiere una copia de su seguro médico y su identificación a la hora de su registración.

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO: Autorizo por este medio el pago directo a *CCHHS o **DCCH para beneficios médicos. Autorizo por este medio que *CCHHS o **DCCH para proveer cualquier información necesaria para procesar este cobro.

FIRMA _____ FECHA _____

Si no firma el paciente, indique por favor su relación con él:

El padre o el guardián del paciente menor, por favor indique su relación: _____

Otro (especifique) _____

* Carson City Health & Human Services (CCHHS)
900 E. Long St. Carson City, NV 89706
Tel. 887-2195 Fax 887-2192

** Douglas County Community Health (DCCH)
1329 Waterloo Lane, Gardnerville, NV 89410
Tel. 782-9038 Fax 782-9875

INFORME Y CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN Y TRATAMIENTO

Su cuidado de salud aquí es voluntario y confidencial. Ninguna información será divulgada sin su permiso por escrito, salvo cuando la ley nos exige o para proveerle servicios de salud de acuerdo con privacidad federal y patrones de seguridad.

1. **Es mandatorio que los empleados reportemos la corrupción de menores (N.R.S. 432B.220).** Esto significa que si tiene 15 años o es más joven y está teniendo relaciones sexuales con alguien de 18 años o mayor, y nos informa de ello, tenemos que reportarlo a las autoridades.
2. **Es mandatorio que los empleados reportemos el abuso y descuido de menores (N.R.S. 432B.220)** Esto significa que si tenemos razón para pensar que hay abuso o descuido de un niño menor de edad, tenemos que reportarlo a las autoridades.
3. **Es mandatorio que los empleados reportemos lascivia (sexo) con niños menos de 14 años de edad (N.R.S. 201.230).** Esto significa que si tenemos razón de pensar que hay abuso o descuido de un menor de edad, tenemos que reportarlo a las autoridades.
4. **Es requerido que los empleados reportemos (N.A.C. 441A.230) ciertas enfermedades transmisibles, como las siguientes:** Si usted tiene un resultado positivo en cualquiera de estas enfermedades, tenemos la obligación de informar de los resultados. En unos casos, un investigador de la clínica le pedirá información sobre sus parejas sexuales para proveerles con pruebas y tratamiento.

En ésta clínica, usted puede escoger un método de planificación familiar (mientras que no le cause problemas de salud). También puede negar de usar cualquier método o servicios ofrecidos por esta clínica.

Yo tengo derecho de saber todo sobre mi cuidado de salud, y yo soy incentivada a hacer preguntas. Yo entiendo que para recibir los servicios que he pedido, puede ser necesario tener un examen y pruebas del laboratorio, y tratamiento puede ser recomendado. Eso puede incluir:

Examen físico

Tomar el peso, presión de sangre, examen de la cabeza, cuello, pulmones, corazón, pechos, abdomen, pelvis, recto, brazos y piernas.

Pruebas del laboratorio

Orina, flujos vaginales, pruebas de sangre, prueba de Papanicolaou

Tratamiento

Tratamiento oral o tópico para condiciones mínimas de salud y de la piel. Ciertas enfermedades transmisibles incluyendo ETS.

He leído la información en esta hoja (o alguien me la ha leído), entiendo la información, y doy permiso para examen, tratamiento, y cuidado por los empleados del *CCHHS o **DCCH.

Una prueba rápida del VIH puede ser parte de su examen. Por favor dígame al proveedor sí Ud. **NO** desea tener el examen.

Planificación de Familia: Yo voluntariamente he escogido recibir cuidado de salud en *CCHHS o **DCCH. Yo entiendo que no seré obligada a recibir servicios o usar algún método anticonceptivo en particular. Yo entiendo que no es necesario participar en otros programas o recibir otros servicios ofrecidos por *CCHHS o **DCCH al recibir servicios de planificación familiar.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

Planificación de Familia - 18 años de edad o menos: (favor de marcar la cajita apropiada.)

Me gustaría que mis padres participen en mi decisión de Planificación de Familia.

No se les avise a mis padres. **NO** estoy de acuerdo con que manden estados de cuenta a mi casa.

Necesito ayuda en avisarle a mis padres.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

Reconocimiento del recibo del aviso

Yo, _____ (escriba su nombre) por este medio verifico que estoy enterado/a de la política de práctica de privacidad de *CCHHS o **DCCH. Tenemos copias disponibles para leer en la sala de espera o puede pedir una copia si así lo desea. Los expedientes de menores serán guardados por un mínimo de 5 años después de que el individuo cumpla los 18 años de edad. (NRS 626.06).

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono: () _____

Si no firmado por el paciente, indique por favor la relación:

- () El padre o el guarda del paciente menor, indica por favor la relación: _____
- () Beneficiario o representante del paciente difunto
- () Guarda o conservador de un paciente incompetente
- () Otro (especifique)

Nombre del Paciente: _____

+++++
Para El Uso Oficial Solamente

() El reconocimiento rechazó:

Describe el esfuerzo de obtener la firma:

Razón del paciente del estado de la denegación:

Firma del Personal _____ Fecha: _____

LA PRACTICA POLITICA DE PAGO / INFORMACION SOBRE PUEVA DE INGRESOS

En cuanto termine de llenar sus aplicaciones, por favor de entregárselas a la recepcionista junto con su tarjeta de seguro médico y su licencia de manejar u otra forma de identificación con foto. Se requiere una copia de su seguro médico y su identificación a la hora de su registraci6n.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE - Es responsabilidad del paciente saber lo que cubre y no cubre su seguro médico. Adem6s, es su responsabilidad verificar que la clínica tenga un contrato con su plan de seguro médico. Usted puede recibir m6s informaci6n sobre su seguro médico llamando al n6mero de tel6fono en su tarjeta o con su departamento de recursos humanos en su lugar de empleo.

POLITICA DE PAGO – Para nuestros pacientes con seguro médico, usted es responsable de pagar cualquier Co-Pago o deducible a la hora de recibir los servicios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Mastercard y VISA.

FACTURACI6N del SEGURO - como cortesía, si tenemos un contrato con su seguro médico le mandaremos el cobro a ellos. Si en un plazo de 60 días su compaía no ha respondido, el saldo pendiente se convierte su responsabilidad. Por favor tome en cuenta que necesitamos toda la informaci6n necesaria del paciente asegurado para procesar el cobro.

FRACTURACION DE MEDICAID

Se requiere una copia de su tarjeta de Medicaid y su identificaci6n a la hora de su registraci6n.

Por este medio autorizo el pago directamente a los proveedores de CCHHS o DCCH por los beneficios m6dicos.

Por este medio autorizo a CCHHS y DCCH a rebelar la informaci6n necesaria para procesar el pago.

**Yo verifico que he leído y entiendo la política de pago mencionada anteriormente
y estoy de acuerdo con los términos y condiciones.**

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si el paciente es menor de edad - firma de pariente o guardi6n

INFORMACION SOBRE PRUEVA DE INGRESOS

Nombre de Paciente: _____

Nombre de Guardi6n: _____

Nombre de esposo o pareja: _____

Ingresos de empleo (antes de deduccione de impuestos) \$ _____

semanal quincenal mensual anual

Otra fuente de ingresos \$ _____

Cuanta gente mantiene en su hogar inmediato? _____

For Office Use Only

Source of Verification: _____ **BY:** _____

Proof of Income provided: Pay Check Stubs Other _____

Patient Income: Weekly _____ **Bi-weekly** _____ **Monthly** _____ **Annual** _____

Patient hours worked weekly _____ **Patient** _____

Spouse / Partner Income _____ **Spouse/Partner** _____

Other Income _____ **Children** _____

Other/ _____

cchhs/vg/rev 7-13-15