

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? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo				CORREO ELECTRÓNICO * (Para el portal)		
Esta bien dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						
Podemos enviar facturas, si es necesario? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						
CONTACTO DE EMERGENCIA 18 años ó mayor			RELACIÓN	TELÉFONO		
Pertenencia étnica (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Raza (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Otra isla de Pacífico <input type="checkbox"/> No reportado					
	¿Qué idioma habla en su casa? _____					
	¿Necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

Yo estoy enterado del Aviso de Practicas de CCHHS. Las copias están disponibles en la sala de espera o por petición. Todo historial médico de menores de edad será conservado por un mínimo 5 años, después de que el individuo haya cumplido 18 años (NRS 629.051)* Yo entiendo que al proveer mi correo electrónico seré inscrito en el portal electrónico para pacientes de CCHHS. No enviamos cobros por saldos menores de \$18.99, este saldo es su responsabilidad.

FIRMA _____

FECHA _____

No tiene seguro Médico **Seguro Médico Privado** **Tiene Medicaid**

NOMBRE DE SEGURO MÉDICO		NUMERO DE SEGURO		NUMERO DE GRUPO		
NOMBRE DE LA PERSONA PRIMARIA		RELACION AL PACIENTE		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: Autorizo el pago directo a *CCHHS para servicios médicos. Autorizo a CCHHS 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) _____

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.
2. **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.

Examen de Drogas de Pre-Empleo. Doy mi consentimiento para que los resultados se le entreguen a recursos humanos

Una prueba rápida del VIH puede ser parte de su examen. Dígame al proveedor sí Ud. **NO** desea este examen.

Planificación de Familia: Yo voluntariamente he escogido recibir cuidado de salud en *CCHHS. 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 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: _____

LA PRACTICA POLITICA DE PAGO / INFORMACION SOBRE PUEVA DE INGRESOS

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE - Es responsabilidad del paciente saber lo que cubre y no cubre su seguro médico. Además, es su responsabilidad verificar que la clínica tenga un contrato con su plan de seguro médico. Usted puede recibir más información sobre su seguro médico llamando al número de teléfono 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.

FACTURACIÓN 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 compañía no ha respondido, el saldo pendiente se convierte su responsabilidad. Por favor tome en cuenta que necesitamos toda la información necesaria del paciente asegurado para procesar el cobro.

FRACTURACION DE MEDICAID

Se requiere una copia de su tarjeta de Medicaid y su identificación a la hora de su registraci3n.

3RU HVWH PHGLR DXWRULJR HO SDJR GLUHFWDPHQWH D ORV SURYH
3RU HVWH PHGLR DXWRULJR D &&++6 D UHEHODU OD LQIRUPDFLYQ

DIRECTIVE AVANZADA DE SALUD Usted tiene una Directiva de Salud Avanzada, Testamento en Vida, y (o) Poder de Designaci3n de sustituto para decisiones del cuidado m3dico para manejar su tratamiento m3dico? SÍ NO

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 guardián

INFORMACION SOBRE PRUEVA DE INGRESOS

Nombre de Paciente: _____

Nombre de Guardián: _____

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/Roomate(s) _____

Total Household Income _____ **Total # in Family/Household** _____

Note: _____ **Patient Tier** 1 2 3 4 5

cchhs/vg/rev 5-22-17

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. 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 629.051)

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: _____