



- La Maestra City Heights La Maestra National City La Maestra El Cajon 1032 Broadway La Maestra El Cajon La Maestra HOPE Clinic La Maestra Hoover High School La Maestra Rosa Parks La Maestra Monroe Clark La Maestra Central Elementary

Patient I.D. Card	
PATIENT NAME _____	
MR# _____	DOB _____ M F
PRIMARY PROVIDER _____ DATE _____	

Formulario de registro del paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre ____ OTRO(s) nombre(s) _____
 Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Masculino Femenino
Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 ¿Cuál es el idioma principal del paciente? _____
 ¿Está bien llamarle por teléfono? Sí No Si marcó Sí: ¿Está bien dejarle un mensaje corte o largo en la contestadora?
 ¿Podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto? Sí No En caso afirmativo, pueden aplicarse tarifas de datos. La Maestra no se hace responsable de los cargos de datos. Por favor, compruebe a qué si entiende y acepta que usted es responsable por los cargos de texto y teléfono: Sí No
 Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico Sí No Dirección de correo electrónico: _____
 Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a) Con pareja
 Estudiante: Sí No Si marcó Sí, Tiempo completo Medio tiempo
 Teléfono (casa) _____ (trabajo): _____ Móvil: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO			
Compañía de seguro principal	Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	# de la póliza del seguro
# de identificación de Medi-Cal	# de identificación de Medicare		
Compañía de seguro secundario	Nombre del asegurado	# de la póliza del seguro	Empleador del asegurado

Si no está asegurado o tiene seguro insuficiente, ¿está interesado en recibir asistencia para recibir cobertura de salud? Sí No

Empleado: Sí No Si marcó Sí: Tiempo completo Medio tiempo
 Empleador: _____ Dirección: _____
 Farmacia preferida: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

PERSONA RESPONSABLE (si el paciente es un menor de edad, llene esta sección)

Nombre: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre ____ OTRO(s) nombre(s) _____
 Relación con el paciente: _____ Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____
 Domicilio (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Empleador: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono (casa): _____
 Relación con el paciente: _____ Teléfono (trabajo): _____

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PACIENTE (por favor, conteste todas las preguntas)

La Maestra es una organización sin fines de lucro que se compromete a satisfacer las necesidades de nuestra comunidad. Al contestar las siguientes preguntas, usted nos dará la información necesaria para obtener subsidios que nos permitan ayudar a personas en nuestra comunidad que no tienen seguro y no tienen acceso a servicios médicos. Esta información también nos ayuda a saber si el cliente llena las condiciones para obtener los beneficios de ciertos programas o servicios especiales. Por favor ayúdenos proporcionando esta información, la cual formará parte de su expediente médico confidencial.

- a) ¿Ha estado el paciente sin hogar en algún momento desde enero de este año hasta la fecha? Sí No Si marcó Sí,
 Albergue para desamparados Hogar compartido con otra familia En la calle en vehículo Alojamiento desconocido

- b) ¿En qué trabaja el paciente? (marque uno): Ama de casa Profesional Oficinista Ventas Servicio Jornalero/Obrero Agricultura. Si marcó Agricultura: Empleado todo el año Migrante Por temporadas Desempleado Retirado
- c) ¿Que idioma prefiere hablar? Inglés Español Árabe Otro (por favor especifique) _____
- d) ¿Es necesario un traductor? Si marcó Sí, en qué idioma? _____
- e) ¿Reside en una vivienda pública? No Sí Programa de Asistencia para la Renta del Inquilino (alquiler subsidiado)? No Sí
- f) Raza (marque uno): Afroamericano/Negro Indígena/Indio americano Nativo de Alaska Asiático Caucásico/Blanco Nativo de Hawai Otras islas del Pacífico Más de una raza Otra (por favor especifique) _____
- g) Grupo étnico (marque uno): Hispano No hispano
- h) ¿Es usted veterano militar? Sí No
- i) Número de personas que forman parte del hogar del paciente: _____ Ingreso mensual bruto del hogar (aproximadamente): \$ _____
- g) Ingreso bruto anual de los hogares (aproximadamente): \$ _____

INFORMACIÓN SOBRE PAGOS

La Maestra es una organización sin fines de lucro. Dependemos del pago puntual por nuestros servicios para poder continuar brindando atención médica a bajo costo y de alta calidad a nuestra comunidad. Usted debe pagar el mismo día de su visita a menos que haya consultado anteriormente con el departamento de cobros para hacer otro arreglo. Le cobraremos a su compañía de seguro principal, pero es necesario que usted nos pague el co-pago y cualquier deducible que quede pendiente para la fecha de su visita. Cobraremos al seguro suplementario de los pacientes con Medicare. Usted deberá pagar cualquier cantidad no pagada por su seguro y le pedimos pagarla en cuanto reciba la factura. Es necesario presentar su tarjeta de seguro en cada visita _____ (sus iniciales aquí).

CONSENTIMIENTO

Para poder brindarle tratamiento médico, facturar a su seguro médico o entregar información requerida por su seguro, es necesario que usted nos dé su consentimiento escribiendo sus iniciales en las áreas indicadas abajo y firmando al pie de este documento.

Asignación de beneficios/Acuerdo financiero: Autorizo el pago de todos los beneficios médicos a La Maestra por los servicios profesionales brindados. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera de todos los cobros, ya sea que el seguro los cubra o no. Si no pago lo que debo, acepto pagar todos los costos de cobro y los gastos razonables de abogado. _____ (sus iniciales aquí).

Entrega de información: Autorizo la entrega de toda la información que sea necesaria para obtener el pago de beneficios relacionados con mi atención médica. También acepto que una copia digital de este acuerdo sea tan válida como el original. _____ (sus iniciales aquí).

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Autorizo y doy mi consentimiento para la realización de los procedimientos necesarios para recibir servicios de diagnóstico y tratamiento para mí y para mi familia mientras seamos pacientes de La Clínica. _____ (sus iniciales aquí).

AUTORIZACIÓN PARA LEER SU HISTORIAL DE RECETAS MÉDICAS

Autorizo a La Maestra a examinar mi historial de recetas médicas obtenidas de otras fuentes. _____ (sus iniciales aquí).

Su firma abajo indica que usted ha leído, entiende y acepta los consentimientos anteriores y los derechos y responsabilidades de los pacientes.

Firma: _____ Fecha: _____

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La Maestra se compromete a proteger su información personal de salud en cumplimiento con la ley. El resumen del aviso sobre las prácticas de privacidad adjunto explica lo siguiente:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.
- Cómo podemos usar y revelar la información que guardamos sobre su salud.
- Sus derechos con respecto a su información personal de salud.
- Nuestros derechos de cambiar nuestras prácticas de privacidad.
- Cómo presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones que se aplican en casos de uso y revelación de información no inducidos en el aviso sobre las prácticas de privacidad.
- La persona de contacto para más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Declaro que he recibido/me han ofrecido una copia de La Maestra's Resumen del aviso sobre las prácticas de privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Padre de familia/Representante del paciente: _____ Fecha: _____

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente _____

Gracias por escoger La Maestra, y por ayudarnos a lograr que nuestras comunidades puedan continuar recibiendo atención médica de alta calidad.