



# G.A. CARMICHAEL FAMILY HEALTH CENTER

*Put Your Family's Health In Our Hands*

## FORMA DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social #:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Prefiero que me llamen por mi apodo: \_\_\_\_\_ **Sexo:**  M  F

**Direccion Postal:** \_\_\_\_\_  
(Nombre y Numero de Calle) (Ciudad/Estado) (Codigo Postal)

**Telefono de Casa:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Telefono Celular:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE EMPLEO:

**Nombre de Empleador:** \_\_\_\_\_

**Direccion de Empleador:** \_\_\_\_\_  
(Nombre y Numero de Calle) (Ciudad/Estado) (Codigo Postal)

**Telefono del Empleador:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Tirado  Trabaja

### INFORMAACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

**En caso de emergencia, quien podemod contactar?** \_\_\_\_\_

**Relacion al Paciente:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### DEMOGRAFICOS

- 1) **Etnicidad:**  Hispano o Latino  No Hispano  Desconocido
- 2) **Raza:**  India Americana o Native Alaska  Asiatico  Afro-Americano  Blanco  Nativo Hawiano  
 Islas Pacificas  Mas de una raza  Me niego reporter
- 3) **Idioma Preferido:**  Ingles  Espanol  Otro: \_\_\_\_\_
- 4) **Metodo de notificacion preferente:**  Correo  Telefono  Correo Electronico
- 5) **Estado Martial:**  S  C  D  V  Estudiante de tiempo completo  Otro
- 6) **Tamano de Casa (Personas):**  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  OTRO \_\_\_\_\_
- 7) **Ingreso Familiar Estimado :** \$ \_\_\_\_\_  Semanal  Quincenal  Mensualmente  Anual  Niego Reportar
- 8) **Idioma Preferido :**  Ingles  Espanol  Otro \_\_\_\_\_
- 9) **Es usted Veterano nos. Fuerzas Armadas?**  Si  No
- 10) **Estado actual de Domicilio:**  Residente de Vivienda Publica  Sin Hogar  No soy una persona sin hogar o un residente de casas publicas



# G.A. CARMICHAEL FAMILY HEALTH CENTER

*Put Your Family's Health In Our Hands*

**COVERTURA DE SEGURO MEDICO:** (necesitaríamos *hacer copias de tarjetas de seguro-por favor muestre se tarjeta*)

**Tiene Seguro medico?** Si/No

Si eligo 'No', por favor pregunte somber nuestro Programa de Descuentos y Cargos.

**Respuesta afirmativa – complete los siguientes datos:**

Seguro Medico Primario: \_\_\_\_\_ Responsable de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Persona que tiene el seguro principal: \_\_\_\_\_

Numero de poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

### AUTHORIZATION PARA LIBERACION DE INFORMACION AL SEGURO(S) PARA PAGO

Yo, el paciente, autorizo la persona encargada de mi informacion medica el poder de distribuir mi informacion a la Administracion de Financiaa de salud y sus agentes incluyendo: Medicaid, Medicare o caulquier otro seguro medico, informacion necesitada paraeste o reclamacion relacionada y para el uso de determinacion de mi elegibilidad sobre pagos y beneficios de mi aseguranza. Autorizo la divulgacion de pagos por beneficios de Seguro ser hechos de mi parte por la clinica *G.A. Carmichael Family Health Center*.

\_\_\_\_\_ **Firmal del Paciente o Garante**

\_\_\_\_\_ **Fecha**

### INFORMACION SOBRE LA PARTE RESPONSIBLE – PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL

El paciente es menor de edad? (menor de 18) si/no *(si la respuesta es afirmativa, por favor llene la informacion siguiente sobre el garante)*

**Nombre de Garante:** \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

**Numero de seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Relacion al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Telefono de Casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Telefono de Empleo:** \_\_\_\_\_

**Telefono Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### DIVULGACIONES DE INFORMACION MEDICA A LOS MIEMBROS Y AMIGOS DE LA FAMILIA

Por la presente doy mi permiso para divulgar la informacion medica personal acerca de mi tratamiento a los siguientes individuos:

Igual que el contacto de emergencia.

**No** doy permiso para divulgar la informacion medica personal acerca de mi tratamiento a familiares o amigos.

Estas son las personas adicionales que doy mi permiso para divulgar informacion:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ No. Telefono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ No. Telefono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



# G.A. CARMICHAEL FAMILY HEALTH CENTER

*Put Your Family's Health In Our Hands*

## TODOS PACIENTES – POR FAVOR LEAN LO SIGUENTE RECIBO DE AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

Por la presente reconozco que he sido provisto con la oportunidad para revisar el aviso de privacidad de practicas de informacion de salud de *G.A. Carmichael Family Health Center*. [Redacted] (Iniciales)

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/DIAGNOSTICO, DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE Y POLITICAS FINANCIERAS

Yo, el paciente o persona responsable, una vez inscritos en el centro de salud G.A. Carmichael con el proposito de obtener servicios de obtener servicios de salud, por este medio voluntariamente doy consentimiento a dichos servicios de diagnostico y trtmiento como podria ser proporcionad(o) por en la gestion de un medico, dentista o el personal medico calificada del centro de salud familiar G.A Carmichael.

Reconozco que yo tengo el derecho de rechazar caulquier servicio de diagnostic o tratamiento especifico sin pone ren peligro mis servicios de salud en el Centro de Salud G.A. Carmichael. Reconozco que se me pedira que firme un consentimiento especifico, segun sea necesario, para procedimientos quirurgicos y demas aparatos especiales, incluyendo la anestesia local y/o General extensa.

Soy consciente de que los servicios de salud no se basan en la ciencia exacta, estan destinado proporcionados segun el juicio del medico, dentista o el personal medico calificado y demas aparatos de *G.A. Carmichael Family Health Center*. Ademas reconozco que no hay garantias para mf como para los resultados de cualquiera de los servicios de diagnostico o tratamiento.

Por la presente autorizo *G.A. Carmichael Family Health Center* para conservar, preservar y utilizar con fines cientificos o de ensenanza u otro fin que tien, a su conveniecia, caulquier specimen o tejido tomado de mi cuerpo durante mi tratamiento. He terminado y recibido una copia del Centro de Salud de la “Carta de Derechos del Paciente”. Despues de leer este articulo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Creo que entiendo lo que el Proyecto de ley de derechos deel paciente significa como agrupacion. Entiendo lo que podria espeerar de G.A. Carmichael Family Health Center y lo que se espera de mi y mi miembro (s) de familia ya que pacientes registrados. Yo entiendo que este es el consentimiento para recibir servicios medicos y dentales. Con esto certifico forma ha sido completamente explicada y me siento comodo al firmar.

He recibido una copia de los “Derechos y Responsabilidades del Paciente”. Despues de leer este documento, he tenido el chance de hacer preguntas. Creo y entiendo lo que significa los “Derechos y Responsabilidades del Paciente”. Entiendo lo que puedo esperar del centro *G.A Carmichael Family Health Center* y lo que exigen de mi y mis familiars como pacientes registrado.

Firma del paciente/padre/madree: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

G.A Carmichael Staff: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PAGOS SON REQUERIDOS CUANDO LOS SERVICIOS SON RENDIDOS – GRACIAS !**