

# REGISTRO DE PACIENTE

Información del Paciente					
Apellido		Nombre		Segundo Nombre	Segundo Nombre
N° de Seguro Social		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)		Sexo de Nacimiento <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado/a	
Dirección Postal:			Apt/Suite	N° Telefónico del Celular:	
Ciudad	Estado		Código Postal	N° Telefónico de Casa:	
Dirección de Casa (si es diferente)			Apt/Suite	N° Telefónico Alternativo	
Ciudad	Estado		Código Postal	Dirección de Correo Electrónico	
<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Compañero/a de Vida <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Socio Doméstico <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separada/o Legalmente <input type="checkbox"/> Viudo/a		<b>Estatus de Estudiante</b> <input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No Soy Estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante de Medio Tiempo		<b>Idioma Preferido</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Estado de Empleo</b> <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Veterano/a		Nombre de Empleador		Farmacia Preferida y Ubicación	
Contacto de Emergencia					
Nombre		Relación con el/la Paciente		Número Telefónico	
<b>Solicitamos la siguiente información para comprender mejor las necesidades de nuestros pacientes, para ayudar a nuestro personal a utilizar el lenguaje más respetuoso al dirigirse a usted y para fines de financiación que puedan ayudar a reducir el costo de su atención médica.</b>					
<b>Género Actual</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado/a	<b>Identidad de Género</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer-a-Hombre/Transgénero <input type="checkbox"/> Hombre-a-Mujer/Transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero No Revelar	<b>Orientación Sexual</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo Sé <input type="checkbox"/> Prefiero No Revelar	<b>Pronombre Preferido</b> <input type="checkbox"/> La, Ella, Suya <input type="checkbox"/> Lo, Él, Suyo <input type="checkbox"/> Les, Ellos, Suyos <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero No Revelar	<b>Religión</b> <input type="checkbox"/> Católico/a <input type="checkbox"/> Musulmán/a <input type="checkbox"/> Cristiano/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Ninguno/a <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Mormón/a <input type="checkbox"/> Prefiero No Revelar	
<b>Vivienda</b> <input type="checkbox"/> No Sin Hogar (rento/poseo) <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Comparto Vivienda (con amigo/pariente) <input type="checkbox"/> En la Calle (o auto/campamento/carpa) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vida Asistida/Clínica Privada		<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Indio Ameri/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático: Otro Asiático <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático: Chino <input type="checkbox"/> NH/PI: Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Asiático: Filipino <input type="checkbox"/> NH/PI: Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático: Japonés <input type="checkbox"/> NH/PI: Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático: Coreano <input type="checkbox"/> NH/PI: Samoano <input type="checkbox"/> Asiático: Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco		<b>Etnicidad</b> - (marque solo una) <input type="checkbox"/> Hispano: Mexicano, Mex/Amer, Chicano <input type="checkbox"/> Hispano: Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Hispano: Cubano <input type="checkbox"/> Hispano: Otro Hispano Latino, Español <input type="checkbox"/> No Hispano	
<b>Vivienda Pública</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Jefe de Hogar</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Fecha de Nacimiento</b> <input type="checkbox"/> Sí Mismo	<b>N° de Miembros en la Familia</b>	<b>Ingreso</b> <input type="checkbox"/> Por Mes \$ _____ <input type="checkbox"/> Por Año	
<b>1) En los últimos 2 años, ¿usted o un miembro de su familia ha trabajado en agricultura/ganadería, incluyendo:</b> • Preparar, regar o fumigar los campos, viveros o huertos; • Plantar, recoger, clasificar, empacar o transportar frutas, verduras, granos, nueces, plantas, tabaco, lúpulo, flores, pasto, alfalfa, heno u otros productos agrícolas; • Plantar árboles, trabajar con árboles de Navidad o recoger agujas de pino, o musgo español; • Labores en granjas productoras de pollos, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, caballos, peces, mariscos, etc.				<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> (CONTINÚE a la 3-4) <b>No</b> <input type="checkbox"/> (CONTINÚE a la 2)	
<b>2) ¿Usted o un miembro de su familia ha dejado de migrar para trabajar en la agricultura debido a una discapacidad o vejez?</b>				<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> (CONTINÚE a la 3-4) <b>No</b> <input type="checkbox"/> (PARE)	
<b>3) ¿Usted o un miembro de su familia ha establecido un hogar temporal para trabajar en la agricultura?</b>				<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> (PARE) <b>No</b> <input type="checkbox"/> (CONTINÚE a la 4)	
<b>4) ¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado en la agricultura de forma estacional sin necesidad de desplazarse fuera de su hogar?</b>				<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	

## REGISTRO DE PACIENTE

Persona Responsable	Información de Padres/Tutores – Por favor complete si el paciente es menor de 18 años		
<input type="checkbox"/>	Nombre de la Madre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)	Nº de Seguro Social
<input type="checkbox"/>	Nombre del Padre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)	Nº de Seguro Social
<input type="checkbox"/>	Nombre del Tutor	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)	Nº de Seguro Social
Información del Seguro			
<b>Seguro Primario</b>		Nº de Póliza	
Nombre del Asegurado		<input type="checkbox"/> Igual que Paciente	Nº de Grupo
Fecha de Nacimiento del Asegurado	Nº de Seguro Social del Asegurado	Relación del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Sí Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Seguro Secundario</b>		Nº de Póliza	
Nombre del Asegurado		<input type="checkbox"/> Igual que Paciente	Nº de Grupo
Fecha de Nacimiento del Asegurado	Nº de Seguro Social del Asegurado	Relación del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Sí Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	
Aviso de Prácticas de Privacidad / Consentimiento para Tratar / Divulgación de Información			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizo a Sunset Health a divulgar información de salud protegida y limitada a otras personas que pueden responder a comunicaciones electrónicas como mensajes telefónicos, mensajes de texto, o correos electrónicos. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• Reconozco que he leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de Sunset Health con fecha de 1/1/2020. Este aviso contiene información sobre mis derechos con respecto a la información de mi salud y como Sunset Health usará y divulgará esa información. Mis iniciales y firma en este formulario reconocen que me han ofrecido y/o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sunset Health. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• Entiendo que se puede divulgar información sin mi consentimiento en caso de una emergencia médica, abuso o negligencia y cuando sea requerido legalmente. Acepto participar en el proceso de evaluación y planificación de mi tratamiento lo mejor que pueda. No existe garantía de que los servicios de tratamiento que se consideren médicamente necesarios como resultado de la evaluación resulten beneficiosos para mí. Además, entiendo que mi tratamiento puede ser proporcionado por un profesional o técnico que esté operando bajo supervisión o supervisión clínica directa <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• Mis iniciales en este formulario reconocen que entiendo los Derechos y Responsabilidades como Paciente manifestados públicamente en las ubicaciones de Sunset Health y que tengo acceso a una copia de estos Derechos y Responsabilidades cuando lo solicite. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• Mis iniciales en este formulario reconocen que recibí el Aviso de Prácticas de Información de Salud en el que participa Sunset Health. Este aviso contiene información sobre cómo funciona el Intercambio de Información de Salud (HIE) y mis derechos con respecto al HIE según las leyes estatales y federales. Tengo acceso a una copia de este aviso y mis derechos cuando lo solicite. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• Doy mi consentimiento para que personal clínico autorizado preste atención y tratamiento médico/dental/salud conductual, incluyendo los procedimientos de diagnóstico y la atención médica/dental/de salud conductual de emergencia de rutina, según pueda, a su juicio profesional, ser necesario para la salud mía y/o de mi familia. Este consentimiento permanecerá vigente hasta el momento en que sea revocado por escrito. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• Para ayudar a prevenir y detectar el robo de identidad de información personal, acepto que me tomen una fotografía o la de mi hijo/a, o proporcionar una clave de acceso a mi cuenta médica. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• Autorizo la divulgación de cualquier información de mi salud protegida a mi compañía de seguros u otro pagador, según sea necesario con el fin de obtener el pago por los servicios proporcionados por Sunset Health. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• He recibido una copia de "Cómo Llamar al Médico Cuando la Clínica Está Cerrada" y entiendo que tengo acceso a atención médica fuera del horario de atención. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• He recibido información sobre Directivas Anticipadas y mis opciones para establecer Directivas Anticipadas y/o poderes notariales. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> <li>• Con el fin de proteger la seguridad y la privacidad de nuestros pacientes, se prohíbe grabar y/o fotografiar durante cualquier cita. <span style="float: right;">Inicial _____</span></li> </ul>			
Firma de Autorización y Responsabilidad Financiera			
Reconozco mi responsabilidad de pagar la atención y/o tratamiento de acuerdo con los honorarios establecidos. Además, autorizo la asignación de beneficios de servicios médicos y/o dentales y/o conductuales a Sunset Health.			
Firma de Paciente o Padre / Tutor Legal			Fecha