



Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)		Sexo al Nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio		Es usted transgenero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si lo es: <input type="checkbox"/> Trans- Hombre → a Mujer o <input type="checkbox"/> Trans-Mujer → a Hombre			
Cuidad		Estado		Código Postal	
Le podemos mandar correo a su domicilio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cual es su estado civil?(marque uno) <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Teléfono de Casa		Teléfono Celular		Idioma preferido para comunicarse con el medico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Por favor marque una de las siguientes etnicidades de la lista: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		Correo Electrónico:			
Por favor marque una de las siguientes raza(s) a la cual usted corresponde: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mas de una Raza					
<b>INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b>					
Contacto de Emergencia: Pareja, Amigo, Guardián Legal o Padre (si el paciente es un menor)		Relación con el Paciente:		Numero de Teléfono	
Estatus de Estudiante:(marque uno) <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante de Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> No Se Aplica					
Es usted un Veterano de las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Tiene usted una discapacidad física o mental el cual le previene o le va a prevenir trabajar por más de un año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>INFORMACION DE PARTE RESPONSABLE</b>					
Apellido		Nombre		Segundo Nombre	
Domicilio		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad		Estado		Código Postal	
Numero de Teléfono		Relación al Paciente			
<b>SEGURO MEDICO</b>					
Aseguradora		Fecha de Inicio de Cobertura			
Empleador		# Identificador de Póliza		# de Grupo	
Nombre del Asegurado/a		Fecha de Nacimiento del Asegurado/a		# de Seguro Social del Asegurado	
<b>INFORMACION PARA FONDOS DEL CENTRO DE SALUD</b>					
Cuantas personas hay en su familia? (usted, su pareja, e hijos menores de 18 años)		El tamaño de ingresos anuales? (ingresos de las personas que apunto, si están trabajando)			
Como se enteró de nuestra clínica? (Por favor marque todo que se aplique) <input type="checkbox"/> Empleado de SVCHC <input type="checkbox"/> Sitio Web de SVCHC <input type="checkbox"/> Cartelón/Anuncio en el Autobús <input type="checkbox"/> Hoja de Información <input type="checkbox"/> Anuncio en Edificio <input type="checkbox"/> Negocio/Agencia <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Feria/Festival/Evento <input type="checkbox"/> Hospital/Proveedor Medico <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Periódico/Revista <input type="checkbox"/> Alcance Comunitario <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> TV/Radio					



Estimado Paciente,

Para continuar con la variedad de servicios que ofrecemos aquí en SVCHC y para poder seguir recibiendo financiación por becas, se nos requiere recolectar la siguiente información de cada persona que visite nuestro centro. Esta información se reporta de forma acumulada y no en pacientes individuales.

Por favor tómese un momento para completar la información:

1. Usted o un miembro de familia ha trabajado en el algún tipo de trabajo que tenga que ver con la agricultura en los últimos 3 años?
  - Sí
  - No
  
2. Si fue así, hizo trabajo agrícola migratorio, el cual viajaba de pueblo en pueblo sin establecer un hogar permanente?
  - Sí
  - No
  
3. Si fue así, era trabajo agrícola de temporada, en la que viajar y trabajar por temporadas y tener una residencia establecida en la misma zona?
  - Sí
  - No
  
4. Es usted una persona sin hogar?
  - Sí
  - No
  
5. Si lo es, donde durmió/se quedó anoche?
  - Albergue
  - Casa/Hogar de Transición
  - Calle
  - Carro u otro Vehículo
  - Otro
  - Hotel/Motel
  - Desconocido—no se

Usted tiene el derecho a pedir que se lo comunique o contacte en otro local o de manera diferente.

SVCHC se comunicara con usted de la manera razonable ya acordada. Si le gustaría que nos comuniquemos con usted de otra manera, por favor marque la información abajo:

---

Domicilio Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Gracias por proveerle esta información a SVCHC. Esto asegurará que podamos ofrecerle servicios y programas valiosos en el futuro.

SVCHC FO Staff Initials: \_\_\_\_\_



Patient Identifying Label

**CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO**

Por este medio, pido y doy consentimiento a procedimientos para diagnostico(s), examenes, y tratamiento médico, planificación familiar, métodos anticonceptivos, y vacunas de las cuales sean recomendadas por el personal profesional del Centro de Salud del Valle de Sonoma (SVCHC). Entiendo que un médico e Enfermera Practicante me proveerá el cuidado médico. Los servicios son en mi mejor interés, o en el mejor interés de mi hijo o de mi carga legal. Entiendo, que este consentimiento a tratamiento será vigente durante el tiempo que yo sea paciente de los locales del Centro de Salud del Valle de Sonoma. Puedo cancelar este consentimiento por escrito.

Firma: **X** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal (por favor circule uno) Fecha

**Por favor escriba su nombre en letra de molde y relación con el paciente, si este no puede firmar el documento.**

Nombre Completo (letra de molde) Relación

**AUTHORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MEDICA/REFERENCIAS Y ASIGNACION DE BENEFICIOS:**

Autorizo a SVCHC de revelar información médica/social a personas o agencias que estén directamente involucradas o preocupadas por y relacionadas en llevar el plan de tratamiento para el paciente. SVCHC también puede usar y revelar cualquier parte de mi expediente médico que sea necesario para procesar facturas a terceras para servicios otorgados a mí. Claramente entiendo que toda mi información se mantendrá confidencial. Entiendo que esta información se usara para revisar, investigar, o hace pago en un reclamo, y para revisar el expediente y usar la información para iniciativas de mejoramiento de calidad, cumplimiento de auditorías, administración de utilidades, y para resolver quejas.

Autorizo el que El Centro de Salud del Valle de Sonoma reciba directamente los pagarés por todos los beneficios médicos que me otorga el seguro médico bajo los términos de este. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera por todos lo co-pagos, co-seguro médico, deducible, y servicios que no cubra el seguro médico. El sobre pago en cualquier cuenta de SVCHC puede ser aplicada a mi balance. Una fotocopia de esta autorización se utilizara con la misma efectividad y validez como la original.

Firma: **X** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal (por favor circule uno) Fecha

**Por favor escriba su nombre en letra de molde y relación con el paciente, si este no puede firmar el documento.**

Nombre Completo (letra de molde) Relación

**DESIGNACION DE PERSONA PARA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA:**

Entiendo, que los individuos identificados aquí abajo serán tratados por SVCHC como individuos directamente involucrados en mi cuidado o el de mi hijo y como tal, SVCHC podrá revelar información de salud personal a estos individuos con el propósito de tratamiento incluyendo el hacer citas y cualquier otra función normalmente asociadas con los cuidados del paciente, incluyendo pagos, y operaciones del cuidado de salud.

Nombre del Designado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de él/ella: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Designado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de él/ella: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

*En este momento me niego a proveer una persona designada a recibir informacion de salud protegida mia o la de mi hijo(a).*

Firma del Paciente/Padre/Guardian Legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACION DE LAS PRACITCAS DE PRIVACIDAD:**

Reconozco que he recibido la hoja de información de Las Prácticas de Privacidad del Centro de Salud del Valle de Sonoma.

Firma: **X** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal (por favor circule uno) Fecha

**Por favor escriba su nombre en letra de molde y relación con el paciente, si este no puede firmar el documento.**

Nombre Completo (letra de molde) Relación