



# Formulario de registro para pacientes



Por favor, tenga lista la tarjeta de seguro y una identificación con foto

**Información general** – Por favor, responda todas las preguntas a continuación:

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Nombre que utiliza:** \_\_\_\_\_ **Apellido(s) anterior(es):** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** mes \_\_\_\_ / día \_\_\_\_ / año \_\_\_\_ **Número de seguro social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección de correo postal:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip/Código postal:** \_\_\_\_\_

(Sí/No) **Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ (Sí/No) **Teléfono celular:** \_\_\_\_\_ (Sí/No) **Teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No **En caso afirmativo, en su:** Teléfono de casa Teléfono celular Teléfono de trabajo

¿Cómo le gustaría ser notificado(a) acerca de sus citas? Llamada Mensaje de texto Ambos

**Proveedor de atención primaria actual/ubicación**

\_\_\_\_\_

**Nombre y Apellido de contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_ Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Jubilado

¿Es usted empleado(a) de One Health o dependiente de un(a) empleado(a) de One Health? Sí No

**En caso afirmativo, nombre del/de la empleado(a):** \_\_\_\_\_

## Autorización para el portal en línea para pacientes

Recomendamos el uso de nuestro portal en línea para pacientes, donde puede acceder a su expediente para ver su información, como resultados de análisis y radiografías, lista actual de medicamentos y comunicarse con su proveedor a través de un correo electrónico seguro. A menudo, esa es la forma más rápida de comunicarse con su proveedor.

¿Desea registrarse? Sí No

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Idioma preferido:** \_\_\_\_\_ **¿Necesito intérprete?:** Sí No

**Sexo según el certificado de nacimiento:** Femenino Masculino **Estado civil:** Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

Etnia	Race (circle all that apply)	Identidad de Género (marque uno)	Orientación Sexual
Mexicano, Mexicano Americano		Masculino/Hombre	Derecho (heterosexual)
Chicano/a	Asiático Indio	Femenino/Mujer	Lesbiana/Gay (homosexual)
Puerto	Chino	transgénero	Bisexual
Cuban	Filipino	Hombre/Masculino	Algo diferente
Another Hispanic, Latino/a or Spanish Origin	Japonés	transgénero Mujer	No lo se
	Coreano	/Femenino	Elijo no responder
Hispanic, Latino/a, Spanish Origin Combined	Vietnamita	Otro _____	
	Otros asiáticos	Elijo no responder	
Not Hispanic	Nativo de Hawai		
	Otros isleños del Pacífico		
	Guamanés o chamorro		
	Samoano		
	Negro/afroamericano		
	Indio Americano/Nativo de Alaska		
	Blanco		

Persona responsable del pago de la factura: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

En los últimos 2 años, ¿se ha ¿Se ha trasladado a otro lugar para realizar trabajos agrícolas? Sí No

¿Trabajado en granjas o ranchos por temporadas? Si No ¿Es usted estudiante? Sí No En caso afirmativo, Tiempo completo / Tiempo parcial

Estatus de persona sin hogar: Sí No Declinó ¿Como escuchó sobre nosotros? \_\_\_\_\_

**Estatus de veterano(a):** Si usted prestó el servicio militar activo, naval o aéreo, que incluye servicio a tiempo completo en la Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Marina, Armada, o como oficial comisionado del Servicio de Salud Pública o de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, o sirvió en la Guardia Nacional o Reservas en estado de servicio activo, **elija:** Sí No Declinó

Farmacia de preferencia/Ubicación: \_\_\_\_\_

Por favor, maque el RANGO que corresponda al **tamaño de su hogar** (cuántas personas viven en su hogar) e **ingreso** (su ingreso total sin impuestos):

Si hay más de 8 personas, ¿cuál es el tamaño de la familia del paciente? \_\_\_\_\_ e ingreso \$ \_\_\_\_\_

Tamaño de Hogar	Ingreso del Hogar									
	De	a	De	a	De	a	De	a	De	a
1	nada	\$ 15,960	\$15,961	\$ 23,940	\$ 23,941	\$27,930	\$ 27,931	\$31,920	\$ 31,921	Y superior
2	nada	\$ 21,640	\$ 21,641	\$ 32,460	\$ 32,461	\$ 37,870	\$ 37,871	\$ 43,280	\$ 43,281	Y superior
3	nada	\$ 26,650	\$ 26,651	\$ 39,975	\$ 39,976	\$ 46,638	\$ 46,639	\$ 53,300	\$ 53,301	Y superior
4	nada	\$ 32,150	\$ 32,151	\$ 48,225	\$ 48,226	\$ 56,263	\$ 56,264	\$ 64,300	\$ 64,301	Y superior
5	nada	\$ 37,650	\$ 37,651	\$ 56,475	\$ 56,476	\$ 65,888	\$ 65,889	\$ 75,300	\$ 75,301	Y superior
6	nada	\$ 43,150	\$ 43,151	\$ 64,725	\$ 64,726	\$ 75,513	\$ 75,514	\$ 86,300	\$ 86,301	Y superior
7	nada	\$ 48,650	\$ 48,651	\$ 72,975	\$ 72,976	\$ 85,138	\$ 85,139	\$ 97,300	\$ 97,301	Y superior
8	nada	\$ 54,150	\$ 54,151	\$ 81,225	\$ 81,226	\$ 94,763	\$ 94,764	\$108,300	\$108,301	Y superior

¿Tiene actualmente seguro médico?  Sí  No

¿DESEA SOLICITAR LA ESCALA DE DESCUENTO?  SÍ  NO \*En caso afirmativo, por favor, complete la solicitud de SFDP\*

Seguro primario:	Seguro secundario:
ID/Número de afiliado:	Número de afiliado:
Número de grupo:	Número de grupo:
Titular de la póliza:	Titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular:	Fecha de nacimiento del titular:
Número de seguro social del titular:	Número de seguro social del titular:
Número de teléfono del titular:	Número de teléfono del titular:

¿Tiene actualmente seguro dental?  Sí  No En caso afirmativo, por favor, proporcione la información a continuación:

Proveedor de seguro dental: \_\_\_\_\_ Nº de identificación \_\_\_\_\_

Acuse de recibo de los derechos del consumidor: confirmo haber recibido los Derechos del Consumidor. \_\_\_\_\_

(Iniciales)

Acuse de recibo de las Prácticas de Privacidad: confirmo haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad. \_\_\_\_\_

(Iniciales)

Acuse de recibo de la Política de Pagos: entiendo la Política de Pagos y acepto cumplirla. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Acepto que One Health accede a mi historial de prescripciones:  Sí  No

---

**Autorización para la liberación de información personal de salud de forma verbal**

¿Le gustaría designar a un familiar u otra persona con la que el proveedor pueda discutir su condición médica? **No** **Sí** En caso afirmativo, ¿A quién?

Nombre y Apellido	Relación con paciente	Número de contacto

El/la paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Nombre y Apellido del paciente (en letra de molde)	Firma (paciente/representante personal)
Fecha	Relación con el/la paciente

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento y asignación**

Doy mi consentimiento para que se integren los servicios médicos, de salud mental, de salud conductual y dentales para mí o para la persona de quien soy representante personal y, por la presente, acepto la responsabilidad de pagar dichos servicios. Sé que es mi elección recibir servicios y que puedo cambiar de opinión acerca de recibir servicios en One Health.

En el caso de que reciba servicios de planificación familiar, entiendo que dichos servicios de planificación familiar se proporcionan de forma voluntaria y no son un requisito previo para la elegibilidad o recepción de cualquier otro servicio o programa de One Health. Las personas menores de 18 años pueden dar su consentimiento para recibir servicios de planificación familiar sin notificación o consentimiento de los padres. Toda la información sobre hechos y circunstancias personales obtenida por el personal de One Health se mantendrá estrictamente confidencial y no se divulgará sin su consentimiento por escrito, excepto cuando sea necesario para prestarle servicios o cuando lo exija la ley, con las debidas salvaguardias de confidencialidad.

Entiendo que tengo derecho a recibir servicios gratuitos de intérprete de idiomas. Entiendo que debo informar al personal si estos servicios serán útiles para mi comprensión de la información escrita o hablada que se me proporcione durante mis visitas de atención médica. Por la presente designo a One Health como mi agente legal y cedo a One Health cualquier prestación por servicios médicos, dentales, de salud conductual, de salud mental o de cualquier otro tipo que reciba de One Health y a la que pueda tener derecho. Puede solicitar una copia de este formulario o de cualquier formulario que firme.

Nombre del paciente (en letra de molde)	firma (paciente/representante personal)
Fecha	Relación con el paciente

Además, doy mi consentimiento para recibir los servicios descritos con anterioridad a través de telesalud si es necesario o apropiado para la situación actual. La telesalud utiliza comunicaciones electrónicas, como comunicaciones de audio, vídeo y datos en tiempo real, para que los profesionales sanitarios de distintos lugares puedan compartir la información sanitaria de un paciente para diagnosticarle, consultarle y/o tratarle. Para proteger la privacidad y seguridad de la información sanitaria del paciente, todas las comunicaciones electrónicas utilizadas para la telesalud cumplen protocolos de seguridad de red y software. Como ocurre con cualquier otro servicio sanitario, la telesalud presenta ventajas y posibles riesgos. Los beneficios de la telesalud incluyen un mejor acceso a la atención sanitaria y la experiencia de proveedores y/o especialistas que no se encuentran físicamente en la zona geográfica. Entre los posibles riesgos del uso de la telesalud se incluyen el posible retraso en el diagnóstico o tratamiento debido a dificultades técnicas con el equipo; la información que se envía no es suficiente para permitir un examen médico completo por parte del proveedor externo; la información puede perderse al ser enviada debido a fallas técnicas; y a pesar de contar con protocolos de seguridad, la privacidad de la información sanitaria del paciente puede verse comprometida al ser enviada electrónicamente. Si participo en una sesión de telesalud en la que me encuentre fuera de la clínica, entiendo que existe la posibilidad de que otras personas escuchen las sesiones si no estoy en un lugar privado. En tales casos, entiendo que es mi obligación tomar medidas razonables para garantizar mi privacidad. Tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento al uso de la telesalud sin que ello afecte a mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Al firmar en el espacio de abajo, doy mi consentimiento para recibir servicios a través de telesalud.

Nombre y Apellido del paciente (en letra de molde)	Firma (paciente/representante personal)
Fecha	Parentesco con el/la paciente