

FORMULARIO DE REGISTRO - NEHALEM BAY CENTRO DE SALUD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Recibido por: _____
Ingresado por: _____

NOMBRE (1.º, 2.º, APELLIDO) _____ NOMBRE DE PREFERENCIA: _____

¿HA SIDO CONOCIDO POR CUALQUIER OTRO NOMBRE EN EL PASADO (es decir, NOMBRE DE SOLTERA, NOMBRE DE CASADA, ALIAS)?

SI NO EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LOS NOMBRES AQUÍ: _____

N.º DE S.S.: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

TELÉFONO CELULAR: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿ALGUNA VEZ FORMÓ PARTE DE LAS FUERZAS ARMADAS? S N

SITUACIÓN LABORAL (ENCIERRE UNA): TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO DESEMPLEADO

JUBILADO NIÑA/NIÑO

EMPLEADOR ACTUAL (SI CORRESPONDIERA): _____

¿LE GUSTARÍA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE NUESTRAS PRÓXIMAS CLASES, EVENTOS Y NOTICIAS POR CORREO ELECTRÓNICO? S N

¿Cómo se enteró de la existencia de Nehalem Bay Centro de Salud?

Nombre: _____ F. de nac.: _____ Fecha: _____

SEGURO

¿TIENE SEGURO? S N

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL: _____ FECHA DE VIGENCIA: _____

N.º DE ID _____ N.º DE GRUPO _____ NOMBRE DEL ABONADO: _____

RELACIÓN CON EL ABONADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ABONADO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ABONADO: _____

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO: _____ FECHA DE VIGENCIA: _____

N.º DE ID _____ N.º DE GRUPO _____ NOMBRE DEL ABONADO: _____

RELACIÓN CON EL ABONADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ABONADO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ABONADO: _____

CUENTA DEL GARANTE / PARTE RESPONSABLE DEL PAGO (SI NO FUERA EL PACIENTE)

NOMBRE (1.º, 2.º, APELLIDO) _____

N.º DE S.S.: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

SITUACIÓN LABORAL (ENCIERRE UNA): TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO DESEMPLEADO JUBILADO

EMPLEADOR ACTUAL (SI CORRESPONDIERA): _____

TELÉFONO DE CASA: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

TELÉFONO CELULAR: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

Nombre: _____ F. de nac.: _____ Fecha: _____

Como Centro de Salud Calificado Federalmente, estamos obligados a recolectar y actualizar esta información anualmente.

Por favor complete la información a continuación.

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ **RELACIÓN CON USTED:** _____

TELÉFONO DE CASA: _____ **TELÉFONO CELULAR:** _____

INGRESOS ANUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR

TAMAÑO DE LA FAMILIA: _____

INGRESOS ANUALES (ENCIERRE EL RANGO):	\$0	\$1,000-\$10,000	\$10,001-\$20,000	\$20,001-\$30,000
	\$30,001-\$40,000	\$40,001-\$50,000	\$50,001-\$60,000	\$60,001-\$70,000
	\$70,001-\$80,000	\$80,001-\$90,000	\$90,001-\$98,500	

INFORMACIÓN ADICIONAL

IDIOMA DE PREFERENCIA: _____		¿NECESITA UN INTÉRPRETE?	S	N	
¿TIENE TRASTORNOS VISUALES?	S	N	¿TIENE DIFICULTADES PARA ESCUCHAR?	S	N
¿SE CONSIDERA UNA PERSONA SIN HOGAR?	S	N	¿ES UN TRABAJADOR MIGRANTE?	S	N

ORIGEN ÉTNICO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

NO HISPANO MEXICANO, MEXICANO AMERICANO, CHICANO/A CUBANO PUERTORRIQUEÑO
OTRA ORIGEN HISPANA, LATINO/A O ESPAÑOLA DESCONOCIDO PREFIERE NO RESPONDER

RAZA/ASCENDENCIA (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

NATIVA DE ALASKA INDÍGENA AMERICANA INDIO ASIÁTICO NEGRA/AFROAMERICANA CHINO
FILIPINO GUAMANO O CHAMORRO JAPONÉS COREANO NATIVA DE HAWÁI
OTRO ASIÁTICO OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO SAMOANO VIETNAMITA BLANCA
NO SABE PREFIERE NO RESPONDER

Nombre: _____ F. de nac.: _____ Fecha: _____



NEHALEM BAY
CENTRO DE SALUD Y FARMACIA
CUIDADO COMPASIVO PARA LA COMUNIDAD

Recibido por: _____
Ingresado por: _____

PO Box 176 * 230 Rowe St * Wheeler, OR 97147 * Teléfono: 800-368-5182 * Fax: 844-712-3001

Divulgación oral de información médica

Nombre del paciente: _____ F. de nac.: _____

Debido a las leyes de confidencialidad de los pacientes, Nehalem Bay Centro de Salud no divulga oralmente ninguna información relacionada con sus pacientes a ningún tercer partido que no sea el paciente o algún médico al que Nehalem Bay Centro de Salud lo haya remitido.

En ocasiones, los pacientes pueden querer que se comente la información sobre sus enfermedades, informes de laboratorio, medicamentos, horarios de citas, etc. con otras personas, como p. ej. familiares o cuidadores. Si este fuera su caso, indique a continuación con qué personas le gustaría que compartiéramos la información relacionada con su atención en Nehalem Bay Centro de Salud.

Coloque sus iniciales junto a lo que le gustaría que compartiéramos con la persona o personas mencionadas a continuación:

_____ Autorizo a Nehalem Bay Centro de Salud a divulgar oralmente información sobre mi atención médica.

_____ Autorizo a Nehalem Bay Centro de Salud a divulgar oralmente información sobre mi expediente financiero.

_____ Autorizo a Nehalem Bay Centro de Salud a permitir que se programen citas de mi parte

_____ Me niego a permitir que el Nehalem Bay Centro de Salud divulgue información sobre mí en forma oral.

Nombre:

Relación:

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ F. de nac.: _____ Fecha: _____



NEHALEM BAY
CENTRO DE SALUD Y FARMACIA
CUIDADO COMPASIVO PARA LA COMUNIDAD

Recibido por: _____
Ingresado por: _____

PO Box 176 * 230 Rowe St * Wheeler, OR 97147 * Teléfono: 800-368-5182 * Fax: 844-712-3001

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Lea el siguiente consentimiento en su totalidad y firme abajo. Pueden negarle los servicios si no lo firma.

Doy mi consentimiento para la atención médica y los tratamientos (para mí o para la persona de la que soy tutor) que se consideren necesarios, aconsejables y que soliciten los proveedores de atención médica en Nehalem Bay Centro de Salud. Esto puede incluir, entre otras cosas, análisis de laboratorio, radiografías, servicios de salud mental y de abuso de sustancias.

Por el presente autorizo a Nehalem Bay Centro de Salud a divulgar a un tercero pagador toda afección médica o psiquiátrica, afección relacionada con alcohol o drogas y los archivos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento cuando dicho tercero lo exija para usar en su determinación de un reclamo de pago para tal tratamiento o diagnóstico.

Acepto pagar todos los servicios prestados por Nehalem Bay Centro de Salud. Entiendo que soy económicamente responsable de las tarifas de los servicios y los procedimientos realizados o de cualquier otro cargo. Por el presente autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a Nehalem Bay Centro de Salud especificados aquí y que de otra forma sean pagaderos a mí por los servicios descritos, pero sin superar los cargos razonables y habituales por tales servicios.

Autorizo que se use una copia de esta autorización y cesión en lugar del original archivado en la oficina del proveedor médico. Esta cesión será válida hasta que la revoque por escrito.

He leído y entiendo la declaración anterior y mis responsabilidades económicas.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR/REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____