

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: *Utilizar letra de imprenta*

Complete TODAS las secciones. Si falta información, puede ser que se facture los cargos directamente al paciente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - PÁGINA 1

Apellido:	Primer nombre:	Seg. nombre:
Nombre alternativo o nombre de soltero(a):		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	Fecha de nacimiento:	Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar Número de Seguro Social * :		
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> No se conoce <input type="checkbox"/> Otro o prefiero no especificar		
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispanos <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar		
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Lao <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Discapacitados Auditivos/Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar		
Nº de tel. preferido:	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral	
Segundo Nº de tel.:	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral	
Dirección:	Casilla/Apartado de correo Nº:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		
Empleador:	Nº de tel.:	
Médico de cuidados primarios:	Nº de tel.:	
¿Un médico lo remitió a esta oficina o usted mismo la eligió? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Yo		
Si fue un médico, por favor indique quién:		
Farmacia preferida:	Nº de tel.:	
Ubicación de la farmacia/calles que la cruzan:		

INFORMACIÓN DE LA LESIÓN - Fecha de la Lesión:

Lesión no relacionada al trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lesión relacionada al trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia:	Relación con el paciente:
Tel. particular Nº:	Tel. laboral Nº:

* *El nuevo sistema electrónico de registros médicos (EMR) de University Centers of Excellence requiere su número de seguro social, como su único número de identificación. Por favor ayúdenos a ofrecerle atención médica de la mejor calidad al compartir su número de seguro social. Esto es muy importante porque sin su número de seguro social como un identificador, su registro médico electrónico podría estar incompleto o contener inconsistencias. Por favor, esté seguro de que su número de seguro social se usa sólo para este propósito - que nunca se imprime. Está protegido contra el uso indebido del mismo modo que nosotros protegemos su información de salud.*

El Grupo de la Facultad de Medicina del Centro de California (CCFMG, por sus siglas en inglés) y los Centros Universitarios de Excelencia cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: Utilizar letra de imprenta

Complete **TODAS** las secciones. Si falta información, puede ser que se facture los cargos directamente al paciente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - PÁGINA 2

Apellido:	Primer nombre:	Seg. nombre:
-----------	----------------	--------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO - Por favor, entregue su tarjeta del seguro a la recepcionista.

Información del garante: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es el mismo que el paciente Parte responsable:	Fecha de nacimiento:
Dirección (si es diferente que la del paciente):	Nº de tel. particular:
Ocupación:	Empleador::
Dirección del empleador:	Nº de tel.:

SEGURO PRIMARIO - Nombre de la compañía de seguros:

Nombre del suscriptor:	Seg. Soc. del suscriptor Nº:	
Fecha de nacimiento:	Grupo Nº:	Póliza Nº:
Copago: \$ Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Suscriptor-01 <input type="checkbox"/> Cónyuge-02 <input type="checkbox"/> Hijo-03 <input type="checkbox"/> Otro:		

SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE) - Nombre de la compañía de seguros:

Nombre del suscriptor:	Seg. Soc. del suscriptor Nº:	
Fecha de nacimiento:	Grupo Nº:	Póliza Nº:
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Suscriptor-01 <input type="checkbox"/> Cónyuge-02 <input type="checkbox"/> Hijo-03 <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Es este un reclamo del seguro de compensación de trabajadores?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Código de motivo de Medicare Secundario (Debe marcar una opción si Medicare es Secundario):

- 12 **Trabajador en edad de jubilación** Beneficiario o cónyuge con Plan de Salud Grupal del Empleador
- 13 Beneficiario con enfermedad renal en etapa terminal en el período de coordinación obligatorio con un Plan de Salud Grupal del Empleador
- 14 El seguro sin culpa, incluido el de automóviles, es primario
- 15 Compensación para trabajadores
- 16 Servicio de Salud Pública (PHS) o de otra Agencia Federal (Programa de Investigación del Gobierno)
- 41 Pulmón Negro (Antracosis)
- 42 Administración de veteranos
- 43 **Discapacitado** Beneficiario menor de 65 años con un Plan de Salud para Grupos Grandes (LGHP-Empleadores con más de 50 empleados)
- 47 Otro seguro de responsabilidad es primario (propietarios de vivienda)

CLÁUSULA SOBRE PRIVACIDAD: Una persona es responsable de invasión de privacidad constructiva cuando intente capturar cualquier tipo de imagen visual, grabación de sonido u otra impresión física de otra persona que está participando en una actividad personal o familiar bajo circunstancias en las cuales dicha persona tendría expectativas razonables de privacidad. Toda persona que viole estas disposiciones quedará sujeta a una multa civil de \$5,000 como mínimo y \$50,000 como máximo [Código Civil de California, Sección 1708.8].

El Grupo de la Facultad de Medicina del Centro de California (CCFMG, por sus siglas en inglés) y los Centros Universitarios de Excelencia cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Firma del paciente/tutor

Fecha