



## Formulario de registro de pacientes

**Imprima y complete TODAS las secciones.** La falta de información puede resultar en cargos de fractura directamente al paciente. - **INFORMACIÓN DEL PACIENTE PÁG.1**

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
También conocido como o apellido de soltera:		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Fecha de nacimiento:	Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Prefiero no especificarlo Número de Seguro Social:*		
Raza: <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana Blanca/Caucásica <input type="checkbox"/> Hawaiana/Otra isleña del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Indio Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no especificarla		
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no especificarlo		
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"/> Discapacidad auditiva/Lenguaje de signos		
<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no especificarlo		
N.º de teléfono preferido:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
N.º de teléfono secundario:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Domicilio:	Apartado postal/N.º de apto.:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		
Empleador:	N.º de teléfono:	
Médico de atención primaria:	N.º de teléfono:	
¿Un médico lo remitió a este consultorio o usted lo eligió? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Yo		
Si fue un médico, indique quién:		
Farmacia preferida:	N.º de teléfono:	
Ubicación/Calles transversales de la farmacia:		

### INFORMACIÓN SOBRE LESIONES - Fecha de la lesión:

Lesiones no relacionadas con el trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lesiones relacionadas con el trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--

### EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Contacto de emergencia:	Relación con el paciente:
N.º de teléfono del hogar:	N.º de teléfono del trabajo:

\*El nuevo sistema de registros médicos electrónicos (electronic medical record, EMR) de University Centers of Excellence requiere su número de seguro social como su número de identificación único. Ayúdenos a brindarle la más alta calidad de atención al compartir su número de seguro social. Esto es muy importante porque sin su número de seguro social como identificador, su registro médico electrónico puede no estar completo o puede presentar incoherencias. Tenga la seguridad de que su número de seguro social solo se usa para este propósito: nunca se imprime. Está protegido contra el uso indebido de la misma manera que protegemos su información médica.

# Formulario de registro de pacientes (continuación)

Imprima y complete **TODAS las secciones**. La falta de información puede resultar en cargos de fractura directamente al paciente. - **INFORMACIÓN DEL PACIENTE PÁG. 2**

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
-----------	---------	-----------------

## INFORMACIÓN DEL SEGURO - Entregue su tarjeta de seguro al recepcionista.

Información del asegurado: <input type="checkbox"/> Marque aquí si es la misma que la del paciente Parte responsable:	Fecha de nacimiento:
Dirección (si es diferente a la del paciente):	N.º de teléfono del hogar:
Ocupación:	Empleador:
Dirección del empleador:	N.º de teléfono:

## SEGURO PRIMARIO - Nombre de la compañía de seguros:

Nombre del afiliado:	NSS del afiliado:	
Fecha de nacimiento:	N.º del grupo:	N.º de póliza:
Copago: \$	Relación del paciente con el afiliado: <input type="checkbox"/> Él mismo-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 afiliado:	NSS del afiliado:	
Fecha de nacimiento:	N.º del grupo:	N.º de póliza:
Relación del paciente con el afiliado: <input type="checkbox"/> Él mismo-01 <input type="checkbox"/> Cónyuge-02 <input type="checkbox"/> Hijo-03 <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Es esta una reclamación de compensación del trabajador?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Código de motivo secundario de Medicare (debe verificar uno si Medicare es secundario):		
<input type="checkbox"/> 12 Beneficiario o cónyuge <b>trabajador de edad avanzada</b> con plan de salud grupal del empleador		
<input type="checkbox"/> 13 Beneficiario de enfermedad renal en etapa terminal en el período de coordinación obligatorio con un plan de salud grupal del empleador		
<input type="checkbox"/> 14 El seguro de responsabilidad de terceros, incluido el seguro automovil, es el primario		
<input type="checkbox"/> 15 Compensación del trabajador		
<input type="checkbox"/> 16 Servicio de salud pública (Public Health Service, PHS) u otra agencia federal (programa de investigación del gobierno)		
<input type="checkbox"/> 41 Pulmón negro		
<input type="checkbox"/> 42 Administración de veteranos		
<input type="checkbox"/> 43 Beneficiario <b>discapacitado</b> menor de 65 años con un plan de salud grupal grande (Large Group Health Plan, LGHP: empleadores con más de 50 empleados)		
<input type="checkbox"/> 47 Otro seguro de responsabilidad civil es primario (propietarios de viviendas)		

¿Cuál es su método preferido de comunicación para los recordatorios de citas?
<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo regular <input type="checkbox"/> Portal web <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> No contactar

**CLÁUSULA DE PRIVACIDAD:** una persona es responsable de la invasión constructiva de la privacidad cuando intenta capturar cualquier tipo de imagen visual, grabación de sonido u otra impresión física de otra persona que participe en una actividad personal o familiar en circunstancias en las que esa persona tenía una expectativa razonable de privacidad. Una persona que viole estas disposiciones estaría sujeta a una multa civil de no menos de \$5000 y no más de \$50 000 [Código Civil de California, Sección 1708.8]. Central California Faculty Medical Group (CCFMG) y University Centers of Excellence cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Firma del paciente/tutor

Fecha