

**Patient Registration / Registro de Paciente**

<b>Legal Name (Nombre Legal):</b>	<b>Birth Date (Fecha de Nacimiento):</b> / / (Month/Mes) (Day/Día) (Year/Año)
<b>Preferred Name (Nombre Preferido):</b>	
<b>Address (Dirección):</b>	
<b>Social Security Number (Número de Seguro Social):</b> <input type="checkbox"/> <b>No Social Security # (No # de Seguro Social)</b>	
<b>Phone Numbers (Números de Teléfono)</b> Home (Casa): Cell (Cellular):	<b>Email Address (Correo electrónico):</b>
<b>Pharmacy Name (Nombre de su farmacia):</b>	
<b>Address (Dirección):</b>	<b>Phone # (Teléfono):</b>
<b>Gender (Género):</b> <input type="checkbox"/> Male (Hombre) <input type="checkbox"/> Female (Mujer)	
<b>Marital Status (Estado civil):</b> <input type="checkbox"/> Single (Soltero) <input type="checkbox"/> Separated (Separado) <input type="checkbox"/> Married (Casado) <input type="checkbox"/> Divorced (Divorciado) <input type="checkbox"/> Widowed (Viudo) <input type="checkbox"/> Living together (Viviendo juntos)	
<b>Country of Birth (País de nacimiento):</b>	
<b>Ethnicity (Etnicidad):</b> <input type="checkbox"/> Hispanic (Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic (No Latino)	
<b>Race (Raza) *Check all that apply (Marque todo lo que corresponda):</b>	
<input type="checkbox"/> White (Blanco) <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native (Indio Americano/Nativos de Alaska) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian (Nativo de Hawái) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (De otras islas del Pacífico)	
<b>Responsible Party (Persona responsable):</b> <input type="checkbox"/> Self (Mismo) <input type="checkbox"/> Parent/Guardian (Padre/Guardian):	
<b>Emergency Contact (Contacto de emergencia):</b>	
<b>Phone # (Teléfono):</b>	
<b>Is patient/parent/guardian employed? (¿Esta empleado el paciente/padre/guardián?)</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí, \$ _____ Income (Ingresos) (Weekly/Semanal) (Monthly/Mensual) (Yearly/Anual)	
<b>Spouse Employed? (¿Esta empleado su esposo/a?)</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí, \$ _____ Income (Ingresos) (Weekly/Semanal) (Monthly/Mensual) (Yearly/Anual)	
<b>Total Family Income (Ingreso Total Familiar) \$ _____</b> <input type="checkbox"/> N/A (Weekly/Semanal)(Monthly/Mensual)(Yearly/Anual)	<b>Family Size (Tamaño de Familia):</b> ____ Adults (Adultos) ____ Children (Niños)
<b>Name of the children (Nombres de los niños):</b>	

I certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge.  
(Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según lo entiendo.)

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient (Parent or Guardian)  
Firma del paciente (Padre o guardián)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)



## AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo entiendo que al firmar este convenio, indico mi deseo de recibir servicios médicos del Centro de Salud Zufall, como ha sido determinado por los proveedores de servicios médicos. Yo entiendo que estos servicios incluyen asistencia médica de los doctores, podólogos, dentistas, enfermeras practicantes avanzadas, asistentes de doctor, trabajadores sociales clínicos licenciados, enfermeras registradas, enfermeras licenciadas practicantes y asistentes médicos y dentales. Yo doy mi consentimiento para ser tratado con el nivel de servicio adecuado, por el personal clínico del centro de salud para tratar mi enfermedad, lesión o condición, como está indicado en la práctica médica. Este consentimiento libera de responsabilidad a los proveedores de servicios médicos por dicho tratamiento, excepto en casos de negligencia. Yo entiendo que si el proveedor médico determina que el tratamiento recomendado no puede ser proveído por el Centro de Salud Zufall, yo recibiré el referido apropiado. Yo entiendo que no se me ha dado ninguna garantía ó seguro concernientes a los cuidados brindados. En cuanto a la salud reproductiva, entiendo que los servicios se proveen de forma voluntaria y que el recibir servicios de planeación familiar no es un prerrequisito para recibir otros servicios que se ofrecen en Zufall. Todos los servicios serán ofrecidos de manera confidencial.

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES & AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se hizo disponible para mi revisión, la declaración de derechos y responsabilidades del paciente y el aviso sobre las prácticas de privacidad. Copias de estos documentos será provista cuando lo solicite.

Yo entiendo que el Centro de Salud Zufall podrá contactarme por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto con referencia a la coordinación de mi cuidado de salud y otras actividades relacionadas con Zufall. Si no deseo participar en cualquier método de comunicación, es mi responsabilidad notificar al personal de Zufall.

### DAR INFORMACION A OTROS PROVEEDORES DE SERVICIO

Yo doy permiso al Centro de Salud Zufall para que proporcione la información necesaria acerca de mi enfermedad y/o tratamiento a los hospitales, médicos ó a las agencias médicas/instituciones, y a los individuos acreditados que proveen servicios médicos ó servicios sociales para mí. También doy permiso a mi médico, los hospitales y otras agencias ó individuos para que envíen al Centro de Salud Zufall cualquier porción de mis expedientes ó copias de éstos que el centro de salud solicite.

### CONSENTIMIENTO PARA OBTENER RECETAS MÉDICAS ANTERIORES

Yo doy consentimiento al Centro de Salud Zufall para obtener cualquier receta médica que yo haya recibido en el pasado y que han llenado otros proveedores de servicios que no están asociados con el Centro de Salud Zufall. El propósito de esto es la continuidad de cuidado y archivar todos los expedientes en un solo lugar para que funcione como mi hogar médico, lo cual permitirá que mi proveedor de servicios de salud revise mis medicinas y si existen interacciones entre ellas, y tener un expediente completo y preciso que optimice mi cuidado médico.

### VERIFICACION DE LA INFORMACION

Certifico que la información que he dado es correcta y completa. Reconozco que mi firma a continuación implica mi consentimiento para tratamiento médico, compartir mi información con otros médicos, y la obtención de mis recetas médicas como descrito anteriormente. Una fotocopia de este acuerdo será considerada tan efectiva y válida como la original.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente 13 años de edad ó mayor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*(Para un menor, este consentimiento aplica solamente para servicios reproductivos, abuso de sustancias. Pacientes menores de edad recibirán asesoramiento sobre la importancia de discutir asuntos relacionados con la salud con sus padres o un adulto en el que confían.)*

\*El paciente es: \_\_\_\_ menor de edad \_\_\_\_ no puede firmar. La explicación anterior ha sido proporcionada y el consentimiento ha sido dado por el representante legal del paciente, abogado ó familiar cercano disponible responsable por el menor.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/guardián ó representante**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*\*(Si el paciente es menor ó no puede firmar por sí mismo)*



## Autorización y Consentimiento

El Centro de Salud Zufall se podría ver en la necesidad de contactarle acerca de resultados de exámenes, citas, referidos o información acerca de cuentas o seguro. Al completar la información abajo indicada podremos servirle mucho mejor. A fin de proteger su privacidad y cumplir con ciertas reglas federales hemos desarrollado una póliza referente a la comunicación de mensajes acerca de su salud. A menos que tengamos permiso escrito de hacerlo lo siguiente ocurrirá:

1. No dejaremos mensajes con ninguna otra persona a menos que sea el paciente o su guardián legal.
2. No dejaremos mensajes detalladas en su mensaje de voz o en su contestadora automática de mensajes.

Por favor lea la información que sigue y cuidadosamente considere quién, así lo desea, quiere usted que tenga acceso a su información médica.

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso al Centro de Salud Zufall a dejar mensajes telefónicos relacionados con información acerca de mi cuidado médico. Tengo pleno conocimiento de que este consentimiento se mantendrá válido hasta el momento de su revocamiento de mi parte, por escrito.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje telefónico para informarle que los resultados de sus exámenes están disponibles y que debe contactarnos en la oficina para obtener los mismos?

Número del hogar: \_\_\_\_\_  Sí  No

Número del trabajo: \_\_\_\_\_  Sí  No

Número celular: \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Con cuál otra persona podemos compartir los resultados de sus exámenes si usted no está disponible?

Esposo(a)/Pareja  Sí  No – Si marcó “Sí,” nombre: \_\_\_\_\_

Hijo/Hija:  Sí  No – Si marcó “Sí,” nombre: \_\_\_\_\_

Otro  Sí  No – Si marcó “Sí,” nombre: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<p><b>Usted se considera? (Marque uno.):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (ni gay, ni lesbiana)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Algo distinto</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p><b>Usted se considera? (Marque uno.):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre transgénero (Mujer a hombre)</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer transgénero (Hombre a mujer)</p> <p><input type="checkbox"/> Algo distinto</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>												
<p><b>Trabajadores Agrícolas (y miembros de su familia)</b></p> <p>1. Durante los dos últimos años en los Estados Unidos: ¿ha trabajado usted, o algún familiar que vive con usted, en agricultura (campo/finca/granja, invernadero) o con animales? Esta pregunta no incluye trabajos de jardinería en hogares privados.</p> <p>2. ¿Ha trabajado usted, o algún miembro de su hogar, ALGUNA VEZ en agricultura y dejó de hacerlo debido a su edad o por discapacidad?</p> <p>3. Durante al año pasado, ¿Tuvo usted que viajar lejos de su hogar y alojarse en un lugar temporal para poder trabajar en agricultura?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SÍ	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
SÍ	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p><b>Residentes de Vivienda Pública</b></p> <p>1. ¿Está usted recibiendo, o recibió en algún momento en el último año, un cheque del gobierno para ayudarle a pagar su renta?</p> <p>2. ¿Recibe usted asistencia o un bono ("Section 8") para ayudarle a pagar su renta?</p> <p>3. ¿Vive usted en un edificio subsidiado por el gobierno?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SÍ	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
SÍ	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p><b>Situación de Vivienda</b></p> <p>1. ¿Vive usted actualmente en un refugio o vivienda transitoria, o vivió bajo esas condiciones durante el año pasado?</p> <p>2. ¿Vive usted con otros, o renta un cuarto en una casa, para compartir gastos, de manera temporal hasta que pueda mudarse a un lugar más permanente o más estable? (Esto no incluye a estudiantes que estén compartiendo vivienda durante el año escolar, o amigos, o familiares que viven juntos porque les gusta compartir el hogar.)</p> <p>3. ¿Está quedándose en la casa de alguien, moviéndose de casa en casa de sus amigos temporalmente porque tuvo que irse de su casa o apartamento?</p> <p>4. ¿Estuvo usted sin un lugar donde quedarse durante el año pasado?</p> <p>5. ¿Recibió usted una nota de desalojo el año pasado o tuvo riesgo de quedarse sin casa en algún momento?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SÍ	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SÍ	NO												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p><b>Veteranos</b></p> <p>1. ¿Ha servido en las fuerzas militares o armadas estadounidenses, por algún periodo de tiempo?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

¿Tiene una declaración escrita de voluntad anticipada?  Sí  No

(Instrucciones médicas escritas por anticipado)

¿Cómo supo de nosotros?

Yo mismo  Amigo  Familia  Agencia de la comunidad  Internet  Hospital  Personal de Zufall  Seguro Medico  Evento (Por favor especi car): \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Fecha