



HI-DESERT INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FAMILY HEALTH CLINICS
HI-DESERT MEMORIAL HEALTH CARE DISTRICT

58375 29 Palms Hwy., Yucca Valley, CA 92284

Phone: (760) 365-9305 Fax: (760) 365-9309

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		TELÉFONO DE LA CASA
---	--	---------------------

SEGURIDAD SOCIAL #	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓVIL
--------------------	---------------------	------	---------------------------------	----------------

LA DIRECCIÓN DEL PACIENTE

DIRECCIÓN			APARTADO DE CORREOS (SI PROCEDE)		
-----------	--	--	----------------------------------	--	--

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO
--------	--------	--------	--------	--------	--------

¿ CUÁL ES SU MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO?

TELÉFONO DE LA CASA TELÉFONO MÓVIL TEXTO CORREO POSTAL CORREO ELECTRÓNICO OTRAS:

Haremos todo lo posible para ponerse en contacto con usted usando su método preferido ; sin embargo usted puede recibir información de nosotros por cualquiera de estos métodos. En el caso de que no se puede llegar en su método preferido , ¿tienes un familiar o amigo que podríamos contactar? Si es así , por favor proporcione la información a continuación. Su firma al final de este formulario le proporciona a su liberación y autorización para la divulgación de su información médica personal a la persona(s) señaló a continuación. Si usted no desea conceder esta autorización a las personas de contacto alternativos, por favor deje esta sección en blanco.

PERSONA(S) DE CONTACTO ALTERNATIVO

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	NÚMERO DE TELÉFONO ALT.
--------	--------------------------------	-------------------------

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	ES TEXTO ACUERDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN
---------------------------------	--	----------

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	NÚMERO DE TELÉFONO ALT.
--------	--------------------------------	-------------------------

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	ES TEXTO ACUERDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN
---------------------------------	--	----------

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	NÚMERO DE TELÉFONO ALT.
--------	--------------------------------	-------------------------

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	ES TEXTO ACUERDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN
---------------------------------	--	----------

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTO:

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	ALTERNATE PHONE NUMBER
--------	--------------------------------	------------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	RELACIÓN
-----------	-----------------------------	----------

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿TIENES UN ACTUAL DIRECTIVA ANTICIPADA RECONOCIMIENTO EN NUESTROS ARCHIVOS? SÍ NO INSEGURO
SI RESPONDIÓ " NO " O " INSEGURO " , POR FAVOR FIRME Y FECHA DEL RECONOCIMIENTO ADJUNTA Y VUELTA CON ESTE FORMULARIO

DEL PACIENTE INFORMACIÓN ADICIONAL

****MUY IMPORTANTE ! Por favor, lea ****

Por favor tome un momento para llenar cada pregunta en esta sección. Como un Centro de Salud Federalmente Calificado , Hi -Desert familiares Clínicas de Salud están obligados a presentar informes anuales de cada categoría. SU IDENTIFICACIÓN PERSONAL NO SERÁ ligada a este

¿ES USTED HISPANO/ O LATINO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RAZA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> OTRAS: <input type="checkbox"/> AFRO AMERICANO/NEGRO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HAWAIANO/ISLAS DE PACÍFICO	IDIOMA <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRAS:	¿ES ESTE EL IDIOMA QUE PREFIERE UTILIZAR CUANDO SE HABLA DE CUIDADO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Si no, explique:</i>
---	--	--	---

NÚMERO DE DEPENDIENTES (reclamado en impuestos) + MÍ	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> APARTADO <input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> MENOR	INGRESO FAMILIAR: \$ <input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO	VETERANO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <i>Si es así, <input type="checkbox"/> ACTIVO seleccione <input type="checkbox"/> RESERVA <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO</i>
---	---	--	--

¿ES USTED UN TRABAJADOR MIGRANTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TRABAJADOR DE TEMPORADA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL ES SU SITUACIÓN DE VIDA? <input type="checkbox"/> NO SIN HOGAR <input type="checkbox"/> CALLE <input type="checkbox"/> REFUGIO PARA INDIGENTES <input type="checkbox"/> TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> OTRAS
--	---	--

SEGURO

TIPO DE SEGURO	NÚMERO DE LA PÓLIZA
----------------	---------------------

NOMBRE DEL GARANTE (Parte Responsable)	RELACIÓN CON EL PACIENTE
--	--------------------------



1. **Consentimiento para el Tratamiento:** Después de haber sido admitido por los servicios de consulta externa en el Hi-Desert Clinicas de Salud Familiar (HDFHC), doy mi consentimiento y autorización a la administración de todos los tratamientos de emergencia, diagnóstico y terapéuticos que se pueden considerar conveniente o necesario a juicio del proveedor a cargo. _____ (iniciales)
2. **Fotografía Consentimiento:** Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, cintas de vídeo digitales u otras imágenes de mi condición médica o quirúrgica o tratamiento, y el uso de las imágenes con el propósito de mi diagnóstico o tratamiento o para las operaciones de la clínica, incluyendo la revisión por pares y los programas de educación o de formación a cargo de la clínica. _____ (iniciales)
3. **Autorización para Divulgar Información:** Por la presente autorizo HDFHC y todos mis proveedores que asisten a conocer información y / o para facilitar la coordinación de cuidado de mi salud con proveedores de servicios apropiados. _____ (iniciales)
4. **Autorización para Divulgar Información Seguro:** Por la presente autorizo HDFHC y todos mis proveedores que asisten a liberar información para completar los formularios de reclamación de seguros. _____ (iniciales)
5. **Asignación de Beneficios de Seguro:** Por la presente instruyo y autorizo a mi compañía de seguros para realizar pagos directamente a HDFHC. _____ (iniciales)
6. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. _____ (iniciales)
7. He recibido una copia de la notificación del Memorial Cuidado del Distrito de Salud del Hi-Deserto DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. _____ (iniciales)

MIS DERECHOS

Derecho de Revocar	Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección : Clínica Hi- Desierto de Salud de la Familia , 58375 29 Palms Hwy, Yucca Valley, CA 92284. Mi revocación entrará en vigencia una vez recibido por Hi . Clínica de Salud Familiar - Desert . Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido puesto en libertad en base a esta autorización.
Caducidad	Menos que sea revocada , esta autorización expirará el día indicado . Si no especifico una fecha de vencimiento , evento o condición , esta autorización expirará un (1) año a partir de la firma.
La Divulgación	La información revelada conforme a esta autorización puede ser revelada por el destinatario. Tal re- divulgación en algunos casos no prohibidos por la ley de California y ya no puede ser protegido por la ley de confidencialidad federal (HIPAA) . Sin embargo , la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información de salud de hacer aún más la divulgación de la misma a menos que se obtenga otra autorización para la divulgación de mí o menos que dicha divulgación sea.
Otros Derechos	Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento . Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información para ser utilizada o revelada , según lo dispuesto en el CRF 164.524 . Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de información sobre mi salud , puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad al (760) 366-6476 .

FIRMA

He leído y confirmar las condiciones de acceso establecidas en el presente documento :

Firma del representante del
Paciente o Legal: _____ Fecha: _____

Si es firmado por alguien que no sea el paciente , indique la relación : _____

Imprimir Nombre: _____
(Representante Legal)

Patient/Representative identification verified by: _____
Staff member's signature witnessing verification of ID & Date