

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

(POR FAVOR ESCRIBA)

South of Market Health Center

Sitio [] 7th St [] LoPrest [] Clementina

[] Bayview [] Otro _____

[] Medico/Dental [] Solo Dental

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido :		Nombre:		Segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srita. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra.		Estado Civil:					
Numero de Seguro Social :		Idioma preferido :		Fecha de nacimiento:		Edad:		E-mail:					
Dirección residencia/P.O. Box:				Ciudad:		Estado:		ZIP/Código Postal :					
Teléfono residencial: ()				Teléfono Celular: ()									
Genero/Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero (M/F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F/M) <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido <input type="checkbox"/> Decide no revelar				Orientación Sexual : <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Hetero sexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Decide no revelar									
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otras razas isleñas de Oceanía <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Decide no revelar		Origen étnico : <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Vive usted en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Esta usted sin hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, favor de marcar ✓ la casilla correspondiente →		<input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Habitación doble <input type="checkbox"/> En transición <input type="checkbox"/> Otra situación <input type="checkbox"/> Situación desconocida		Tiene un testamento vital-Directiva Anticipada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene una copia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tamaño de Familia:		Ingresos Mensuales: \$ _____		Descuento %: _____		Fuente de Ingreso: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> SSI/Incapacidad <input type="checkbox"/> Ingresos por incapacidad negado <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimento)							
Usted debe proporcionar prueba de ingresos dentro de 30 días.													
Ocupación:		Empleador:						Teléfono de trabajo: ()					

INFORMACIÓN DE SEGURO (favor de mostrar la tarjeta de su seguro al oficinista)

Persona responsable de su cuenta:		Dirección (si es diferente):		Fecha de nacimiento:		Teléfono Residencial: ()					
Es esta persona un paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Esta el paciente cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Ocupación:		Número de teléfono del empleador:		Nombre del empleador:		Dirección del empleado:					
Indique Seguro Primario:		<input type="checkbox"/> Medi-Cal		<input type="checkbox"/> Medicare		<input type="checkbox"/> Tercera Persona		<input type="checkbox"/> Pagar yo mismo		<input type="checkbox"/> Otra forma	
Nombre del Subscritor:		#SS del Subscritor:		Fecha de nacimiento:		# Grupo:		#Póliza:		Co-Pago: \$	
Cómo es esta persona relacionado con el paciente? <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otra forma								Por favor liste:			
Nombre de seguro secundario (si es aplicable):											
Nombre del Subscritor:		#SS del Subscritor:		Fecha de nacimiento:		# Grupo:		#Póliza:		Co-Pago: \$	
Cómo es esta persona relacionado con el paciente?				<input type="checkbox"/> El mismo		<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Padres		<input type="checkbox"/> Otra forma	
								Por favor liste:			

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo local o pariente:		Relación al paciente:		Teléfono: ()		Teléfono de trabajo: ()	
-----------------------------------	--	-----------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

La información Precedente es verdad para lo mejor de mi conocimiento:

Solicito voluntariamente que un médico y / o enfermero practicante (proveedor de nivel medio) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas se consideren necesarios, para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamiento razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en South of Market Health Center. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la (s) prueba (s) o procedimiento (s). **Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones anteriores y consiento total y voluntariamente su contenido.**

X _____ Firma del paciente o padre/tutor		_____ Fecha	
Relación al paciente: _____			

Resumen SFMCOIP, Inc dba South of Market Health Center de Salud de HIPAA de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe como South of Market Health Center (SMHC) puede usar y compartir información medica sobre usted, y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise este aviso con cuidado.

Compromiso: Los empleados de South of Market Health Center, son afiliados y proveedores de contratos de entender que la información sobre usted y su salud es personal. Ellos están comprometidos a proteger su información de salud.

¿Quién va a seguir las reglas en este aviso?: Los empleados del South of Market Health Center, sus afiliados y proveedores de contrato, debe seguir estas reglas.

Usted tiene el derecho a: (por favor, consulte la página 2 las posibles restricciones en el Aviso completo adjunto)

- Pida ver, leer y / u obtener una copia de su expediente médico (de pago puede ser necesario)
- Pedir que se corrijan la información que usted cree que está mal en su expediente médico.
- Pida que su información de salud se comparta con ciertos individuos.
- Pida que su información de salud se utiliza para ciertos fines, por ejemplo, la investigación.
- Pida a SMHC para enviar copias de su expediente médico a quien usted desea (de pago puede ser necesario)
- Ser informado acerca de quién ha leído su expediente (por motivos que no sean de mejora de tratamiento, pago y el progreso).
- Especificar dónde y cómo los empleados pueden SMHC en contacto con usted.
- Recibir una copia en papel de este aviso SMHC de prácticas de privacidad.

En el South of Market Health Center puede usar y divulgar su información de salud a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago y la salud.

- Para mejorar la calidad de la atención recibida, la información de salud puede ser compartida por los proveedores, tanto dentro como SMHC para nuestros propósitos de tratamiento propias, e informar el tratamiento que usted recibe de otro proveedor de atención médica. Este intercambio puede incluir la información de salud sobre la salud mental, abuso de sustancias, VIH/SIDA enfermedades de transmisión sexual (ETS), y discapacidades del desarrollo.
- Información de salud puede ser compartida para obtener el pago por los servicios que se prestan a usted, para ayudarle a pagar por su cuidado, o para obtener aprobación previa para su tratamiento.
- Información de salud puede ser compartida por las operaciones del centro de salud, como para ejecutar nuestras instalaciones, asegúrese de que todos los pacientes de centros de salud reciban atención de calidad, mejorar la prestación de atención de salud y con fines de aprendizaje.
- Hay circunstancias en que la información sobre su salud no será compartida a menos que primero da su permiso para que pueda ser compartida, por ejemplo, cuando usted recibe servicios de salud mental, abuso de sustancias o enfermedades de transmisión sexual, o el permiso para que pueda ser compartida, como cuando reciba los servicios de salud mental, abuso de sustancias o enfermedades de transmisión sexual, o para algunos fines de investigación.
- Vea el material adjunto "Aviso de practicas de privacidad" para mas información. Si usted tiene preocupaciones acerca de cómo su información de salud puede ser (o ha sido) para compartir, por favor hable con su proveedor o llame al Oficial de Privacidad al (415) 503-6050.

Si usted cree que sus derechos de privacidad no se han mantenido durante la recepción del Sur de los servicios de South of Market Health Center, puede presentar una queja ante SMHC o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Para presentar una queja ante SMHC, enviar la queja al Oficial de Privacidad en la calle 229 7th Street, San Francisco, CA 94103, o llame al (415) 503-6000. Para presentar una queja ante la Secretaria, la dirección es Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, Oficina de Derechos Civiles, la atención de: Gerente Regional, 90 7th Street, Suite 4-100, San Francisco, CA 94103. Usted no va a sancionar de ninguna manera por presentar una queja.

Acusar recibo de South of Market Health Center "Aviso de prácticas de privacidad". Entiendo que mi firma no autoriza la divulgación, pero solo reconoce que he recibido una copia de este aviso.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre Deletreado _____ La relación (si no es la paciente): _____

El paciente / cliente negó a firmar la recepción (firma personal): _____

El paciente / cliente no puede firmar (firma de un testigo): _____

Razón por la que no puede: _____ Interprete: _____