



PO Box 22210 - Oakland, CA 94623
www.laclinica.org

PATIENT I.D. CARD
PATIENT NAME _____
MR# _____ DOB _____ M F
PRIMARY PROVIDER _____ DATE _____

- La Clínica de La Raza
- Clínica Alta Vista
- La Clínica Monument
- La Clínica Vallejo Great Beginnings
- San Antonio Neighborhood Health Center
- La Clínica Oakley
- La Clínica Vallejo
- La Clínica Pittsburg
- La Clínica North Vallejo
- Davis Pediatrics

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Apellido legal: _____ Nombre legal: _____ 2º Nombre _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo al nacer: Masculino Femenino Número de seguro social: _____ - _____ - _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Nombre preferido (alias): _____ E-mail: _____

Modo preferido de comunicación: Correo Mensaje de texto Llamada telefónica E-Mail (el mismo que el anterior) Mi-Expediente

Texto: Indique su número de teléfono celular (_____) _____ - _____, ¿Está bien si le enviamos mensajes de texto a este número celular? Sí No

Llamar: Indique su número de teléfono (_____) _____ - _____, ¿Está bien si le enviamos mensajes de texto a este no. de teléfono? Sí No

Si es distinto al correo electrónico, facilitarlo: _____

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Cónyuge doméstico Separado legalmente

Grupo étnico: Hispano No hispano El paciente se rehusa a contestar Desconocido

Raza: Nativo de Alaska Nativo americano Asiático Negro / Afro-Americano Nativo de Hawaii Nativo de Las Islas del Pacífico
 Blanco(a) Desconocido Se rehusa a responder

Veterano de los Estados Unidos/ Condición de militar: Servicio activo Servicio no activo Sin experiencia previa Reservista Veterano

Emergency Contact:

Nombre completo: _____ Relación: _____

Número de teléfono de contacto de emergencia: (_____) _____ - _____

Paciente /tutor legal #1 (Si es menor a 17 años de edad):

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial 2do nombre: _____

Relación con el paciente: _____ Número telefónico: (_____) _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Paciente /tutor legal #2 (Si es menor a 17 años de edad):

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial 2do nombre: _____

Relación con el paciente: _____ Número telefónico: (_____) _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de la compañía donde trabaja la persona a contactar en caso de emergencia: _____

Condición laboral: Hijo Tiempo completo Medio tiempo No empleado Jubilado Servicio militar activo
 Trabajador autónomo Estudiantes a tiempo completo Estudiante a medio tiempo Incapacitado

¿Necesita un intérprete? Sí No Idioma preferido: _____ Incapacidad visual o auditiva: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Nombre del asegurado de Medicare / No. de identificación de Medicare / Nombre del asegurado de Medi-Cal / No. de identificación de Medi-Cal

Otro nombre del plan de salud / Nombre del asegurado / # de la póliza de seguro / Fecha de nacimiento

Asignación de beneficios / Acuerdo financiero: Autorizo el pago de todos los beneficios médicos a La Clínica por los servicios profesionales prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sea que estén o no cubiertos por el seguro. En caso de un incumplimiento, estoy de acuerdo en pagar todos los costos incurridos en el cobro y honorarios razonables de abogados.

Firma del paciente / tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PACIENTE (por favor, conteste todas las preguntas)

La Clínica es una organización sin fines de lucro comprometida a cubrir las necesidades de nuestra comunidad. Esta información ayudará a La Clínica a acceder a subvenciones adicionales para continuar ayudando a nuestros residentes no asegurados y desatendidos en nuestras comunidades. Esta información también nos ayuda a identificar a clientes que pueden calificar para programas o servicios exclusivos financiados a los cuales califican y no lo sabían. Esta información se volverá parte de su registro médico confidencial.

¿Tamaño de la familia (incluyendo al paciente)? _____ ¿Cuál es la cantidad de sus ingresos anuales (antes de la deducción de impuestos)? \$ _____

¿Ha estado el paciente sin hogar en los últimos 12 meses? Sí No

Si marcó "Sí", Albergue para desamparados Hogar compartido con otra familia En la calle
 Vivienda pública Otro: _____

Identidad de género del paciente: Mujer Hombre Transgénero (H/M) Transgénero (M/H) Se rehúsa a identificar Género no binario Otro

Orientación sexual del paciente:

Heterosexual Bisexual Homosexual Lesbiana Pansexual Algo distinto No lo sé Se rehúsa a identificar No binario / Queer Omnisexual Asexual

Pronombre del paciente:

Ella Él Ellos/Ellas Ze/Hir/Hirs Ey/Em/Eirs Xe/Xem/Xyrs Otro El mismo nombre que uso como paciente Me rehusó a contestar Desconocido

Consentimiento: Para facilitar un tratamiento, facturar a su seguro u otras tareas administrativas requeridas por su compañía de seguros, debemos recibir su consentimiento con su firma a continuación.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: La Clínica se compromete a proteger su información personal de salud en cumplimiento con la ley. El resumen del aviso sobre las prácticas de privacidad adjunto explica lo siguiente:

- Esta nuestra obligación de conformidad con la ley proteger sus datos relacionados a su información de salud personal.
- Cómo podemos usar y revelar la información que guardamos sobre su salud.
- Sus derechos con respecto a su información personal de salud.
- Nuestros derechos de cambiar nuestras prácticas de privacidad.
- Cómo presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones que se aplican en casos de uso y revelación de información no incluidos en el aviso sobre las prácticas de privacidad.
- La información de contacto para obtener información adicional acerca de nuestras prácticas de seguridad.

Yo, por medio de la presente confirmo que he recibido/se me ha ofrecido una copia del consentimiento y aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre completo del padre de familia/representante del paciente: _____ Fecha: _____

Solicitud de documentos importantes:

* Proporcione por lo menos un documento para cada categoría enumerada a continuación.

- ▶ De los hijos: Menores de 17 años de edad: Certificado de nacimiento o poder notarial de tutela
- ▶ Identificación: Identificación con foto o licencia de conducir o cualquier identificación no expirada.
- ▶ Certificado de condición de residente: Permiso laboral, tarjeta de residente (Green Card), certificado de ciudadanía o pasaporte de los EEUU
- ▶ Certificado de ingresos: Talonario de pago de últimos meses, declaración impuestos a la renta, formulario W-2
- ▶ Certificado de dirección: Factura de servicio público o alquiler
- ▶ Otro: Tarjeta de seguridad social
- ▶ Otro: Tarjeta de seguro