



Hoja de información del paciente

- Paciente nuevo
- Cambio de nombre
- Cambio de dirección
- Cambio de seguro
- Otro _____

OFFICE USE ONLY	
Doctor #:	_____
Account #:	_____
Family Member #:	_____
Medical Record #:	_____

Información del Paciente

Last Name	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo (M o F)	Fecha de nacimiento	No de Seguro Social
Dirección del Paciente		No de Depto.	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la casa del paciente	Teléfono del trabajo	Teléfono para mensajes		Estado civil (S, C, D o V)	
ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE CONTACTO PRINCIPAL					
Empleador del paciente	Dirección del empleador		Ciudad, Estado, Código postal	Teléfono	
Idioma preferido	¿Se necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		E-mail Address		
Origen Étnico	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> No desea dar esta información				
Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Ne se sabe <input type="checkbox"/> No desea dar esta información				

INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE/LA PERSONA QUE TIENE RESPONSABILIDAD FINANCIERA (COMPLETE ESTA SECCIÓN ÚNICAMENTE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO)

Nombre del padre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Dirección del padre (si es distinta que la del paciente)			
Empleador del padre	Dirección del empleador		Ciudad, Estado, Código postal		
No de Seguro Social del padre	Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento		
Nombre de la madre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Dirección de la madre (si es distinta que la del paciente)			
Empleador de la madre	Dirección del empleador		Ciudad, Estado, Código postal		
No de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento		Teléfono del trabajo		

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE EMERGENCIA

Apellido	Nombre	Parentesco con el paciente	Teléfono
----------	--------	----------------------------	----------

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Compañía principal de seguro	Número de póliza	Número de grupo	Código del Plan
Nombre del titular	Fecha de nacimiento	Identificación del titular	Empleador
Compañía secundaria de seguro	Número de póliza	Número de grupo	Código del Plan
Nombre del titular	Fecha de nacimiento	Identificación del titular	Empleador

¿TIENE EL PACIENTE ALGÚN OTRO SEGURO MÉDICO? SI ES ASÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Compañía de seguro	Titular del seguro	Número de póliza
--------------------	--------------------	------------------

FAMILIAR MÁS CERCANO (QUE NO VIVA CON USTED)

Nombre del familiar	Dirección	Número de teléfono
---------------------	-----------	--------------------

Las citas a las que falte pueden estar sujetas a un cargo si no da aviso con 24 horas de anticipación.

Todos los cheques que se devuelvan por falta de fondos estarán sujetos a un cargo de procesamiento de \$20. Si no se reemplazan y se pagan todos los cheques que fueron devueltos por falta de fondos, además del cargo de procesamiento, esta cuestión podría presentarse ante la Oficina del Fiscal del Distrito.

Por medio de la presente, mi firma a continuación autoriza a la compañía (o compañías) de seguro antes mencionada(s) a que pague(n) todos los servicios médicos proporcionados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguro. Autorizo que se divulgue información de carácter médico a dicha compañía de seguro. Además, mi firma representa mi consentimiento voluntario a los procedimientos que podrían realizarse, incluyendo el tratamiento o los servicios de emergencia, los cuales podrían incluir, entre otras cosas, procedimientos de laboratorio, exámenes con rayos X, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia, vacunas, o servicios proporcionados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico del paciente o de la persona designada.

Firma	Fecha	Si usted no es el paciente, indique su parentesco
-------	-------	---

CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al firmar esta forma (o formulario), usted está dando su consentimiento a Riverside Medical Clinic para usar y divulgar su información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro aviso de las Prácticas de Privacidad le da información más detallada sobre cómo podemos usar y divulgar esta información médica protegida. Usted tiene el derecho legal de revisar nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento y lo alentamos a que lo lea en su totalidad.

Usted puede obtener una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad ingresando a nuestra página electrónica (www.riversidemedicalclinic.com) o comunicándose con el Departamento de Control de Calidad al (951) 782-5103.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación a la información de carácter médico que usemos o divulguemos en relación con su tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de la salud. Usted también tiene derecho a solicitar que se limite la información de carácter médico suya que divulguemos a la persona involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado, que puede ser un miembro de la familia o un amigo.

Para solicitar restricciones, debe hacerlo por escrito a: Riverside Medical Clinic Medical Records Department, 3660 Arlington Avenue Riverside, CA 92506. Por favor, díganos: (1) Qué información quiere que limitemos (2) si quiere que limitemos el uso, la divulgación, o ambas cosas y (3) a quién quiere que se apliquen las restricciones, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta donde ya hayamos usado o divulgado

AVISO A LOS CONSUMIDORES

Los doctores en medicina cuentan con licencia
y están regulados por la Junta de Medicina de California
(800) 633-2322
www.mbc.ca.gov

Firma (Paciente / Padre / Madre / Custodio / Tutor)

Fecha