



<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>					
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Correo Electrónico:			<input type="checkbox"/> Prefiero no decir		
Identidad de genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> hombre a mujer transexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> mujer a hombre transexual <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		
Dirección:		Número de Seguro Social:	Número de Teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		
P.O Box:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Sin Hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Motel <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Otro:				
Veterano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Trabajador de campo (temporal) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Invalidez <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Su ingles es limitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Participa en un programa de vivienda publica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano			
Elija como fue referido a la clínica <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo					
<b>Ingreso Familiar</b>					
Indique con una "✓" su ingreso anual que le corresponde de acuerdo a cuantos hay en su familia.					
Tamano de Familia	A	B	C	D	E
<b>1</b>	<input type="checkbox"/> \$12,880	<input type="checkbox"/> \$12,881 - \$16,100	<input type="checkbox"/> \$16,101 - \$19,320	<input type="checkbox"/> \$19,321 - \$25,760	<input type="checkbox"/> \$25,761+
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> \$17,420	<input type="checkbox"/> \$17,421 - \$21,775	<input type="checkbox"/> \$21,776 - \$26,130	<input type="checkbox"/> \$26,131 - \$34,840	<input type="checkbox"/> \$34,841+
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> \$21,960	<input type="checkbox"/> \$21,961 - \$27,450	<input type="checkbox"/> \$27,451 - \$32,940	<input type="checkbox"/> \$32,941 - \$43,920	<input type="checkbox"/> \$43,921+
<b>4</b>	<input type="checkbox"/> \$26,500	<input type="checkbox"/> \$26,501 - \$33,125	<input type="checkbox"/> \$33,126 - \$39,750	<input type="checkbox"/> \$39,751 - \$53,000	<input type="checkbox"/> \$53,001+
<b>5</b>	<input type="checkbox"/> \$31,040	<input type="checkbox"/> \$31,041 - \$38,800	<input type="checkbox"/> \$38,801 - \$46,560	<input type="checkbox"/> \$46,561 - \$62,080	<input type="checkbox"/> \$62,081+
<b>6</b>	<input type="checkbox"/> \$35,580	<input type="checkbox"/> \$35,581 - \$44,475	<input type="checkbox"/> \$44,476 - \$53,370	<input type="checkbox"/> \$53,371 - \$71,160	<input type="checkbox"/> \$71,161+
<b>INFORMACION DEL SEGURO MEDICO</b>					
<i>(Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista)</i>					
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Dirección ( si es diferente):		Numero de casa:	

Por favor indique seguro primario:  Medicare  HMO  ProspectHCP  HCP HMO  Medi-cal ARTA  
 Pago Efectivo  PPO Comercial  HMO Caloptima  Privada \_\_\_\_\_  Otra \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el Seguro:  Mismo  Trabajo  Hijo/a  Otro

Nombre del Asegurado:

Numero de Grupo:

Numero de póliza:

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre:

Relación con el Paciente:

Emergencia (casa):

Emergencia Celular:

**DIVULGACION DE INFORMACION / ASIGNACION DE BENEFICIOS**

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Family Health Matters Community Health Foundation o a la compañía de seguro a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del paciente / guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para Tratamiento

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Firmando este documento doy consentimiento para la administración y ejecución de todo procedimiento y tratamiento para diagnóstico el cual, a juicio de Family Health Matters Community Health Center, podría considerar necesario o recomendable. Yo estaré de acuerdo que si yo decido irme de la oficina sin un consentimiento escrito del doctor/proveedor de salud. Yo seré totalmente responsable de las consecuencias de esta decisión.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO POR MEDIO DE TELÉFONO:** Firmando este documento doy consentimiento para recibir servicios por medio de teléfono y video, cuando sea permitido.

**CONSENTIMIENTO PARA REVISAR HISTORIAL DE MEDICAMENTOS:** Firmando este documento doy consentimiento a Family Health Matters (FHM) de recibir y revisar historial de medicamentos recetados. Esta lista es coleccionada de diferentes fuentes de información incluyendo su farmacia y su seguro médico. Su historial de medicamentos recetados nos permitirá rendirle servicio a usted mejor y será usado para tratar lo únicamente.

He leído y entiendo el consentimiento para revisar historial de medicamentos.

- Si – permiso dado para recibir, ver, y usar mi historial de medicamentos
- No- no doy permiso para recibir, ver, y usar mi historial de medicamentos

Este consentimiento es válido un año después de la fecha firmada o hasta que solicite por escrito que se cancele.

---

Firma de la persona responsable/Paciente

---

Fecha



## Aviso de Privacidad de Practica

Al firmar esta forma, usted reconoce haber recibido el Aviso de Privacidad de Práctica de Family Health Matters Community Health Center. El Aviso de Privacidad de Practica contiene información de cómo usaremos o expondremos su información médica. Le recomendamos leer la información.

El Aviso de Privacidad de Practica puede cambiar. Si eso ocurre, usted puede obtener una copia con los cambios al contactar a nuestra clínica al (714)441-0411

Si tiene preguntas en cuanto al Aviso de Privacidad de Practica favor de comunicarse con Daisy Duarte al (714)441-0411.

---

**Firma del paciente**

---

**Fecha**

---

### Inability to Obtain Acknowledgement

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgment was not obtained.

---

**Signature of provider representative**

---

**Date**

Comment:

---

---



## Autorización para la divulgación de Información Medica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Solicitud de divulgación de información

- Autorizo la divulgación de información, incluyendo diagnósticos, resultados de exámenes de sangre y radiología.
- Cónyuge: \_\_\_\_\_
- Hijo/a: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_
- La información NO se va a liberar a nadie.

*Esta liberación de información se mantendrá en efecto hasta que sea terminado por mí por escrito.*

### Método de contacto

Numero de telefono: \_\_\_\_\_  Llamada telefónica  Mensaje de texto

Si no me pueden contactar:

- Usted puede dejar un mensaje con detalles sobre la razón de llamada.
- Mensaje donde pide que le regresa la llamada.
- Otro: \_\_\_\_\_

El mejor momento para comunicarse conmigo es: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ pm

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Reconocimiento de Directivas Anticipadas

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Yo tengo una carta de poder para el cuidado de la salud

\_\_\_\_\_ Yo no tengo una carta poder para el cuidado de la salud.

\_\_\_\_\_ Me gustaria tener informacion adicional de como conseguir una carta poder para el cuidado de la salud.

\_\_\_\_\_ No estoy interesado en obtener tener informacion adicional de como conseguir una carta de poder para el cuidado de la salud.

---

### Para uso oficial de clinica

\_\_\_\_\_ Information regarding Advance Directives was provided.

\_\_\_\_\_ Information regarding Advance Directives was not provided.

If information was provided, what type? \_\_\_\_\_ Verbal \_\_\_\_\_ Written

If the member has an Advance Directive, has it been placed in the Medical Record?

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Comments:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Staff Signature**

---

**Date**