

Registro del Paciente

 Para uso de la clínica solamente Date _____ MR # _____ Check if up to date

Información del Paciente

 Identidad de género: Femenino Hombre transgénero Otro
 Masculino Mujer transgénero Eligió no revelar

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

Teléfono móvil (____) _____ Teléfono de Casa (____) _____

 Fecha de Nacimiento del Paciente _____ Correo Electrónico _____ Aceptar recibir correos electrónicos de marketing

 Orientación sexual: Heterosexual (heterosexual) Bisexual Eligió no revelar
 Lesbiana o Gay (homosexual) Otro

Preferencia de Contacto:

 No llames al número de casa No dejes un mensaje Otro (incluya cómo le gustaría recibir mensajes) Confidencial
 No llames al número del trabajo Aceptar dejar un mensaje

Idioma que prefiere: _____

Etnicidad:

 Hispano / latino Mexicano americano Cubano Hispano combinado
 No hispano/latino Puertorriqueño Otro hispano Se negó a informar

Raza:

 Blanco Chino Otro asiático Guameño o Chamorro Elige no revelar
 Negro Filipino Nativo hawaiano Indio americano/nativo de Alaska
 Vietnamita Japonés Samoano
 Indio asiático Coreano Otros isleños del Pacífico Más de una raza

 Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado (a) Viudo (a) Otro _____

En Caso de Emergencia

Nombre _____ Relación con el Paciente _____

El número de teléfono de emergencia: (____) _____ *debe ser DIFERENTE de los de arriba

PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la Persona Responsable _____

Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Información de Seguros

 Compañía de Seguros Información ¿Tiene usted seguro? Sí No

 Nombre de Seguros: MEDICAID CHIP MEDICARE

 BLUE CROSS/BLUE SHIELD OTHER _____

ID # _____ Group # _____

 Farmacia preferida: LBU Community Clinic (LBU) Otra _____

Nombre _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____

Información Financiera

Usted puede calificar para un descuento. Si a usted le gustaría ser considerado para este descuento, nosotros necesitamos información de sus ingresos (area gris). Usted necesita traer prueba de ingresos tales como la forma W-2, los talonarios de cheques, o comprobante de pagos. Toda esta información es confidencial. A los pacientes no se les negarán servicios por su incapacidad de pagar.

INFORMACIÓN DE SU FAMILIA

Liste las personas en la familia menores de 18 años que viven con usted incluyéndose a usted y su esposo(a).

1.			
	Nombre	Fecha de Nacimiento	Compañía de Seguros
	Relación con el Paciente		
2.			
	Nombre	Fecha de Nacimiento	Compañía de Seguros
	Relación con el Paciente		
3.			
	Nombre	Fecha de Nacimiento	Compañía de Seguros
	Relación con el Paciente		
4.			
	Nombre	Fecha de Nacimiento	Compañía de Seguros
	Relación con el Paciente		
5.			
	Nombre	Fecha de Nacimiento	Compañía de Seguros
	Relación con el Paciente		

Información Financiera

1.		\$ _____
	Nombre de la Persona	Ingreso total
	Marque uno <input type="checkbox"/> Por semana x 52 <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas x 26	<input type="checkbox"/> Por mes x 12 <input type="checkbox"/> Dos veces for mes x 24
2.		\$ _____
	Nombre de la Persona	Ingreso total
	Marque uno <input type="checkbox"/> Por semana x 52 <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas x 26	<input type="checkbox"/> Por mes x 12 <input type="checkbox"/> Dos veces for mes x 24
3.		\$ _____
	Nombre de la Persona	Ingreso total
	Marque uno <input type="checkbox"/> Por semana x 52 <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas x 26	<input type="checkbox"/> Por mes x 12 <input type="checkbox"/> Dos veces for mes x 24
	Ingreso total al año	\$ _____

Información Financiera

Firmas

- Derechos y Responsabilidades del Paciente: Entiendo mis derechos y responsabilidades tal y como se me describen dados a mí en el folleto de Derechos Y Responsabilidades y la forma de Privacidad del Paciente.
- Consentimiento para intercambio electrónico de información de salud - Yo autorizo a LBU el uso de información médica para motivos de tratamiento y otros servicios relacionados con la salud. A menos de objeción expresa, con la presente autorizo a LBU para enviar información médica como paciente de la clínica, a otros proveedores de cuidados de salud, de forma electrónica y/o por medio de un "Intercambio de Información de Salud": organización que provee servicios que permiten y facilitan el intercambio electrónico de información relacionada con la salud del paciente. La información médica divulgada de acuerdo con este consentimiento, puede ser utilizada para tratamientos médicos, pagos y/o fines operativos.
- Certifico que esta información es verídica y completa. Yo acepto ser responsable por el pago completo de los servicios médicos y dentales que no estén cubiertos por la compañía de seguros.

Paciente/Padres/Guardián Legal

Personal Administrativo



(Etiqueta del paciente)

Consentimiento para el tratamiento

Nombre: _____

Chart #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento a LBU Community Clinic (LBU) y su personal médico, incluidos médicos, asistentes médicos, enfermeras de práctica avanzada, trabajadores sociales y dentistas, para examinar en persona y/o por televideo y/o telellamada, administrar pruebas y tratamientos, prescribir terapia o realizar otros procedimientos que se consideren necesarios y aconsejables para el paciente mencionado anteriormente en relación con cualquier enfermedad o condición por la cual el paciente mencionado haya sido traído o pueda venir en el futuro a LBU.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece vigente mientras la persona mencionada anteriormente sea paciente de LBU. Certifico que he leído lo anterior y entiendo su contenido.

Firma: _____

Fecha: _____

Propio Padre Guardián legal Otro* _____

Testigo: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR POR PARTE DE UN NO PADRE: De acuerdo con el Código de Familia de Texas, soy el abuelo del niño, o el hermano o hermana adulto, o la tía o el tío adulto, o un adulto que tiene cuidado y control del menor. y tiene autorización por escrito para dar consentimiento de la persona que tiene el poder de dar consentimiento según lo dispuesto por la ley y tiene plena autoridad para dar consentimiento al tratamiento médico del menor mencionado anteriormente.

Evaluación inicial del aprendizaje

Nombre _____ Fecha _____ Fecha de Nacimiento _____

A ser completado por el paciente o tutor legal

Si no puede completar, solicite ayuda del personal de LBU

Nombre del paciente o tutor legal _____

Factores que afectan el aprendizaje

¿Habla inglés? Sí No

Si la respuesta es no, ¿qué idioma habla? _____

¿Usa gafas o lentes de contacto? Sí No¿Usa dispositivo auditivo/audífono? Sí No

Detalles Personales

¿Tiene alguna práctica/creencia cultural o religiosa que pueda afectar su cuidado o tratamiento?

 Sí No En caso afirmativo, explique _____

Nivel educativo (marque con un círculo el nivel más alto completado)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alguna universidad Título universitario

Preferencias de Aprendizaje

¿Cómo le gusta aprender cosas nuevas (marque todo lo que corresponda)?

 Lectura Discusión Imágenes/Diagramas Demostración o por práctica_____
Firma del paciente_____
Fecha_____
Firma del personal de LBU_____
Fecha

Información Protegida Sobre la Salud

Para proteger su privacidad según HIPAA, este formulario permite a nuestros pacientes brindar su consentimiento por escrito a nuestra oficina para divulgar información médica a las personas que usted elija. Este consentimiento también se utilizará para mensajes telefónicos. La información contenida en este documento formará parte de su expediente médico hasta que usted la modifique por escrito.

Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono: (____) _____ E-mail: _____

Divulgación autorizada de información del paciente

Lista de nombres de familiares o amigos con quienes podemos discutir su información médica:

Nombre _____	<input type="checkbox"/> TODA la información que contiene mi información de salud -O-
Relación _____	<input type="checkbox"/> Porciones ESPECIFICADAS de mi Información de salud
Teléfono (____) _____	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio y radiografías
	<input type="checkbox"/> Recargas de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Consejos médicos y condición médica
Nombre _____	<input type="checkbox"/> TODA la información que contiene mi información de salud -O-
Relación _____	<input type="checkbox"/> Porciones ESPECIFICADAS de mi Información de salud
Teléfono (____) _____	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio y radiografías
	<input type="checkbox"/> Recargas de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Consejos médicos y condición médica
Nombre _____	<input type="checkbox"/> TODA la información que contiene mi información de salud -O-
Relación _____	<input type="checkbox"/> Porciones ESPECIFICADAS de mi Información de salud
Teléfono (____) _____	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio y radiografías
	<input type="checkbox"/> Recargas de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Consejos médicos y condición médica

Al firmar a continuación, afirmo que la información anterior es correcta y está actualizada.

Firma de paciente

Fecha

Nombre impreso