



West County  
Health Centers

Caring for our Communities

a californiahealthcenter



¿Necesita ayuda para llenar este formulario? Si necesita ayuda, por favor, póngase en contacto con el equipo de recepción.



## Formulario de registro del paciente

Si bien West County Health reconoce una serie de sexos/géneros, muchas compañías de seguros y entidades legales no lo hacen. Por favor, escriba a continuación su nombre legal y el sexo registrado con su seguro o documentos legales a efectos de seguro y facturación. Si el nombre por el que le gusta que le llamen o los pronombres son diferentes de su nombre legal/sexo/género, por favor, asegúrese de indicarlos a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre anterior: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: d \_\_\_\_ /m \_\_\_\_ /a \_\_\_\_

Nombre por el que le gustaría que le llamaran: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### COMUNICACIÓN

¿Cuál es la mejor manera de contactarle?  Casa  Celular  Trabajo  Mensajes de texto  Mensajes web  
 \*Alternativo/Confidencial (proporcione su correo electrónico)

Si bien hay algunos mensajes automáticos, no podemos cambiar la forma en que se envían, haremos todo lo posible para respetar la mejor manera de contactarle.

No. de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*No. confidencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \*¿A quién pertenece el No. alternativo/confidencial?: \_\_\_\_\_

¿Podemos enviarle mensajes de texto?  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ (el correo electrónico le añadirá al portal del paciente)

¿En qué número podemos dejar un mensaje de voz?  No. de casa  Celular  Trabajo  \*Alternativo/Confidencial

Longitud del mensaje:  Breve   Extendido

### CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sexo al nacer:  Femenino  Masculino

Identidad de género:  Mujer  Hombre  Genderqueer / No binario  Mujer transgénero/Mujer trans  
 Hombre transgénero/Hombre trans  No incluido en la lista, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

Orientación sexual:  Heterosexual  Lesbiana u homosexual  Bisexual / Pansexual  No sé  
 Algo distinto, por favor describa: \_\_\_\_\_

Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Se necesita un intérprete:  Sí  No

Deficiencias y/o discapacidades:  Discapacidad visual  Discapacidad auditiva  Se necesita apoyo para la movilidad  
 Otro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE FARMACIA:

Farmacia principal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Farmacia secundaria: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# Formulario de registro del paciente

## INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA

\* Como centro de salud cualificado a nivel federal, estamos obligados a recopilar esta información. Toda la información compartida será confidencial.

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ Ingresos familiares (antes de impuestos): \_\_\_\_\_  Mensuales  Anuales

¿Ha estado sin hogar en algún momento de los últimos 12 meses?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿qué tipo de situación sin hogar experimentó: (seleccione UNO)

- Vivir en la calle o en mi automóvil  Vivir temporalmente con amigos/familiares  Vivir en un refugio  
 transición  Vivir en una vivienda de apoyo permanente  Vivir en una vivienda de  En otra situación sin hogar, por favor,  
describa: \_\_\_\_\_

¿Es usted veterano de los Estados Unidos?  Sí  No

¿Es usted un trabajador agrícola?  No  Trabajador migrante (salir de su comunidad para trabajar)  
 Trabajador estacional (trabaja de forma estacional dentro de su comunidad de origen)

Origen étnico: (seleccione UNO)

- Otro origen hispano, latino/a o español  Cubano  No hispano, latino/a o español  
 Mexicano / Mexicano-estadounidense / Chicano/a  Puertorriqueño  Prefiero no revelar mi origen étnico

Origen racial: (marque todas las opciones que correspondan)

- Indio americano/Nativo de Alaska  Indio asiático  Chino  Filipino  Japonés  Coreano  
 Caucásico / Blanco  Afroamericano / Negro  Samoan  Vietnamita  Otro asiático  
 Nativo de Hawái  Guameño o chamorro  Otro isleño del Pacífico

## INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL

Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_ Seguro/ID del suscriptor: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco del asegurado con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura de seguro secundaria?  No  Sí, por favor, indique el nombre: \_\_\_\_\_

### PARTE RESPONSABLE (Garante)

El estado de cuenta/facturas se dirigirán a la parte responsable.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: d\_\_\_\_\_/m\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

No. de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. de celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. de trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### SÓLO PARA MENORES DE EDAD:

Padre/tutor legal del menor de edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor de edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: m\_\_\_\_\_/d\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Esta persona es responsable de tomar de decisiones médicas legales para menores de edad?  Sí  No

Padre/tutor legal del menor de edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor de edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: m\_\_\_\_\_/d\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Esta persona es responsable de tomar de decisiones médicas legales para menores de edad?  Sí  No

Padre/tutor legal del menor de edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor de edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: m\_\_\_\_\_/d\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Esta persona es responsable de tomar de decisiones médicas legales para menores de edad?  Sí  No

Padre/tutor legal del menor de edad: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor de edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: m\_\_\_\_\_/d\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Esta persona es responsable de tomar de decisiones médicas legales para menores de edad?  Sí  No

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Consentimiento para el tratamiento

Al firmar a continuación, usted acepta que los empleados y proveedores de atención médica de West County Health puedan examinarlo, tomar muestras como sangre u orina y realizar pruebas de rutina como radiografías o monitoreo cardíaco. Antes de que se realicen pruebas o tratamientos más invasivos, hablaremos con usted sobre sus riesgos específicos y posibles beneficios y es posible que le pidamos que firme otro formulario una vez que se hayan respondido sus preguntas.

### Proveedores en capacitación

West County Health a veces tiene enfermeras, médicos y otros proveedores de atención médica en capacitación que trabajan con y bajo la supervisión de los empleados y proveedores de West County Health. Al firmar a continuación, acepta que estos aprendices pueden estar presentes mientras lo atienden en West County Health.

### Pago por servicios

Al firmar a continuación, usted se compromete a pagar por los servicios proporcionados por West County Health en el momento en que se prestan, incluido su copago, coaseguro o deducible; a menos que West County Health acuerde alguna otra disposición. También que es responsable de todos los cargos, independientemente de que parte de ellos los pague el seguro. Si no paga los servicios, al firmar a continuación acepta que pagará todos los costes derivados de cobrarle ese importe impagado, incluyendo honorarios razonables de abogados.

### Seguros: asignación de prestaciones

Al firmar a continuación y proporcionarnos su información de seguro, usted aprueba que West County Health presente reclamaciones a su plan de seguro, Medicare, Medi-Cal o cualquier otro plan o programa de seguro que pueda pagar por su atención. También asigna las prestaciones de dichos seguros o programas a West County Health y acepta que las prestaciones se pueden pagar directamente a West County Health. También acepta cooperar con West County Health en la presentación de dichas reclamaciones y facilitarnos cualquier cambio en la información relacionada con usted, su elegibilidad o cobertura en virtud de una póliza o programa concreto.

### Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

West County Health dispone de una Declaración de derechos y responsabilidades del paciente que describe sus derechos como paciente (incluyendo información sobre cómo presentar una queja y optar por no recibir herramientas de dictado asincrónico) y las responsabilidades que todos los pacientes tienen por igual. Al firmar a continuación, usted reconoce que dicha declaración está disponible en línea en [www.wchealth.org](http://www.wchealth.org) y que también puede recibir una copia en cualquier momento solicitándola a cualquier miembro del personal de registro de West County Health.

### Aviso de prácticas de privacidad

West County Health dispone de un Aviso de Prácticas de Privacidad que describe sus derechos y la forma en que la información que usted nos facilita puede ser utilizada para proporcionarle atención médica. Al firmar a continuación, usted reconoce que este Aviso está disponible en línea en [www.wchealth.org](http://www.wchealth.org) y que también puede recibir una copia en cualquier momento solicitándola a cualquier miembro del personal de registro de West County Health.

\_\_\_\_\_ Al escribir mis iniciales aquí, doy permiso a WCHC para revisar los registros de farmacia relacionados con la atención médica que recibo.

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente (el padre/tutor debe firmar en el caso de menores y adultos dependientes)

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Para los adultos dependientes, se requiere la aprobación del tutor: X \_\_\_\_\_ (firme aquí)