

FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de la cita:

Por favor notifíqueme a la recepción si algo de lo siguiente está incorrecto para que podamos mantener nuestros archivos actualizados.



Valley-Wide
Health Systems, Inc.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Legal: Apellido _____ Primer Nombre _____
Inicial del segundo nombre _____ Dirección de correo electrónico _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección de Envía: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____
Dirección Secundaria: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____ Código postal: _____
Preferido
Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma: _____
Proveedor de Cuidado Primario: _____
Proveedor de Cuidado Dental Primario: _____
¿ Está Ud. al presente sin hogar? _____
¿ Reside Ud. en un hogar público? _____
¿ Trabaja Usted o algún miembro de su familia en trabajo de Agrícola? _____
¿ En los pasados 24 meses ha Usted o algún miembro de su familia
Ha sido empleado para hacer trabajo de Agrícola? Sí o No
Ganó la mayoría de su ingreso o empleo de trabajo de Agrícola? Sí o No
Se ha mudado temporariamente para hacer trabajo de Agrícola? Sí o No
Ha parado de trabajar en la Agrícola por causa de su edad o discapacidad? Sí o No
¿ Ha Usted (el paciente) completado servicio en uno de los
Servicios de Uniforme (Ejército) de los Estados Unidos? _____

Persona Para Notificar en Caso de Emergencia/Urgencia (Esposo/a, Padre/Madre, Tutor/Guardián, Otro/a)

Información del Garantizador (Persona Responsable para los Pagos de la Cuenta/Servicios)

Información del Programa de la Tarjeta de Descuento (SFDP)

La siguiente información es recogida para el propósito de Reportaje Federal y para calificar para el Programa de la Tarjeta de Descuento.

¿ Cuánto es el ingreso anual total aproximadamente de su hogar? _____

¿ Cuántos miembros de su familia son mantenidos por este ingreso total? _____

Seguro de Salud/Aseguración de Salud Actualizado

**Consentimiento Para Tratamiento y Autorización Para Pagar Beneficios a
Valley-Wide Health Systems, Inc.**

Por lo presente autorizo el pago directamente a Valley-Wide Health Systems, Inc. para beneficios médicos/dentales. Yo entiendo que soy responsable financieramente a Valley-Wide Health Systems, Inc. por servicios no pagados por el seguro u otros terceros pagadores. Entiendo que si he emitido un cheque de reembolso y es devuelto como no entregable después de intentos razonables de contacto se han hecho y que no han tenido éxito, dicho cheque será considerado una donación a la clínica. También estoy de acuerdo que si no puedo cobrar un cheque de reembolso dentro de 1 año de emisión, el cheque de reembolso será considerado como una donación a VWHS.

FIRMA DEL PACIENTE (si el paciente tiene más de 18 años de edad), o TESTIGO (si el paciente adulto es incapaz de firmar)

Yo doy mi consentimiento para tratamiento y cuidado proporcionado por Valley-Wide Health Systems, Inc. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado pueden incluir, cuidado rutinario, tal como vacunas, y una variedad de otros servicios médicos dependiente en mi condición médica. Yo entiendo que mi equipo de cuidado puede incluir médicos residentes, estudiantes u otros entrenantes.

Ha Usted recibido cualquier cuidado o servicios en algún otro lugar desde su última visita? No Sí

¿Qué es su meta de cuidado de salud? _____

Por favor marque debajo de la **Y** si Usted al momento está tomando medicamentos recetados, marque debajo de la **N** si Usted ha parado de tomar sus medicamentos recetados, marque debajo de la **Q** si Usted tiene preguntas sobre estos medicamentos, y/o marque debajo de la **R** si Usted necesita rellenos de medicamentos recetados. Por favor también incluya cualquier otro medicamento sin receta/medicamento a venta libre y/o medicamento herbal que Usted está tomando.

Y N Q R
 Nuestros archivos no muestran ningunos medicamentos enumerados para Usted, por favor informe a nuestros empleados de la clínica si Usted está tomando cualquier medicamento.