



## CLINICAL DE CONVENIENCIA FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE				
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL MEDIO
NOMBRE ANTERIOR (APELLIDO, PRIMERO)		SEXO LEGAL	FECHA DE NACIMIENTO / /	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - -	NOMBRE DE LA DONCELLA DE LA MADRE		NOMBRE PREFERIDO	
INFORMACIÓN DE CONTACTO				
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN POSTAL		CÓDIGO POSTAL
CIUDAD		ESTADO	TELÉFONO CELULAR	
TELÉFONO DEL HOGAR:	ESTÁ BIEN DEJAR UN MENSAJE CON QUIEN RESPONDA EL TELÉFONO SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
TELÉFONO DE TRABAJO	ESTÁ BIEN DEJAR UN MENSAJE EN MI BUZÓN DE VOZ    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
CONSENTIMIENTO AL TEXTO SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONSENTIMIENTO DE TELESALUD/VIDEOCONFERENCIA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
PREFERENCIA DE CONTACTO MÓVIL <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CORREO <input type="checkbox"/> PORTAL <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> PORTAL <input type="checkbox"/>			CONSENTIMIENTO PARA LLAMAR    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			PORTAL DEL PACIENTE SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DEMOGRAFÍA				
IDIOMA: INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> RECHAZAR RESPONDER <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> _____				
RAZA: NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> AMERICANO INDIO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> OTRA RAZA <input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> SAMOANO <input type="checkbox"/> GUAMANIAN O CHAMORRO <input type="checkbox"/> DECLINAR PARA RESPONDER <input type="checkbox"/>				
ETNIA: NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> MEXICANO-AMERICANO <input type="checkbox"/> DOMINICANO <input type="checkbox"/> CHICA NO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> CENTROAMERICANO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> LATINO <input type="checkbox"/> Origen ESPAÑOL <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO <input type="checkbox"/> SUR-AMERICANO <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> DECLINAN RESPONDER <input type="checkbox"/>				
ESTADO CIVIL: PAREJA <input type="checkbox"/> VIUDA/VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADA/SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADA/DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SOLTERA/SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADA/CASADO <input type="checkbox"/>				
ORIENTACIÓN SEXUAL: LESBIANAS, GAY O HOMOSEXUALES <input type="checkbox"/> HETEROSEXUALES <input type="checkbox"/> ALGO MÁS, POR FAVOR DESCRIBA <input type="checkbox"/> NO SABEN <input type="checkbox"/> ELEGIR NO REVELAR <input type="checkbox"/>				
GENERO: EMENINA <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> ELEGIR NO REVELAR <input type="checkbox"/>		CONFINADO A CASA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		



<b>LOS DATOS DEMOGRÁFICOS CONTINUADOS</b> AYUDARÁN A DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA LOS SOLICITANTES DE CARGOS POR DESLIZAMIENTO Y SEGUROS DEL CICP		
<b>TAMAÑO DE LA FAMILIA</b>	<b>INGRESOS:</b> \$0 –39,999 <input type="checkbox"/> \$40,000 – 79,999 <input type="checkbox"/> \$80,000 – 149,999 <input type="checkbox"/> \$150,000 O MAS <input type="checkbox"/>	
<b>NÚMERO DE DEPENDIENTES:</b>		
<b>ESTATUS AGRÍCOLA:</b> TRABAJADOR ESTACIONAL <input type="checkbox"/> TRABAJADOR MIGRANTE <input type="checkbox"/> DEPENDENTE DE MIGRANTE <input type="checkbox"/> NO-AGRÍCOLA ESTACIONAL <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE DE TEMPORADA <input type="checkbox"/>		
1. ¿Usted o un miembro de su familia alguna vez ha trabajado como obrero agrícola, incluyendo huertos, casas verdes, viveros, agricultura, trabajo con animales como ganado, lechería, ovejas, aves de corral, criaderos de peces, etc.? <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span> 2. ¿Usted o un miembro de su familia se ha mudado en los últimos dos años a otra área (estableció un hogar temporal) para trabajar primario en la agricultura? <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span> 3. ¿Usted o un miembro de su familia han trabajado en los últimos dos años principalmente en la agricultura, sin mudarse de su hogar? <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span> 4. ¿Usted o un miembro de su familia ha dejado de viajar al trabajo en la agricultura debido a la discapacidad o la vejez? <span style="float: right;">SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>		
<b>ESTADO DE LAS PERSONAS SIN HOGAR:</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DECLINAR PARA RESPONDER <input type="checkbox"/> EN CASO DE INDIGENTE: DUPLICAR <input type="checkbox"/> LA CALLE <input type="checkbox"/> EN REFUGIO PARA PERSONAS SIN HOGAR <input type="checkbox"/> DE TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> DESCONOCIDA <input type="checkbox"/> OTROS (describa por favor) <input type="checkbox"/> : _____		
<b>PACIENTE DEL CENTRO DE SALUD EN LA ESCUELA:</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RECHAZAR A RESPONDER <input type="checkbox"/>		
<b>ESTADO DEL VETERANO:</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DECLINAR PARA RESPONDER <input type="checkbox"/>		
<b>PACIENTE DE VIVIENDA PÚBLICA:</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RECHAZAR A RESPONDER <input type="checkbox"/>		
<b>¿CÓMO SUPISTE DE NOSOTROS?</b> PUBLICIDAD <input type="checkbox"/> MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA <input type="checkbox"/> MÉDICO ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> DE OTRO PACIENTE <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE SEGURO <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> MEDIOS SOCIALES <input type="checkbox"/> MIEMBROS DE LA FAMILIA <input type="checkbox"/> OTRO (describa por favor) <input type="checkbox"/> _____		
CONTACTO DE EMERGENCIA		
<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>TELÉFONO DEL HOGAR</b>	<b>TELÉFONO MÓVIL</b>
<b>RELACIÓN:</b> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HERMANO/HERMANA <input type="checkbox"/> PRIMO/PRIMA <input type="checkbox"/> GUARDIÁN <input type="checkbox"/> HIJO/HIJA <input type="checkbox"/> AMIGO/AMIGA <input type="checkbox"/> OTROS (describa por favor) <input type="checkbox"/> _____		
PADRE/TUTOR SI ES MENOR DE 18 AÑOS		
<b>APELLIDO</b>	<b>PRIMERO NOMBRE</b>	<b>INICIAL MEDIO</b>
GARANTE (PAGADOR O RESPONSABLE DEL PAGO)		
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>INICIAL MEDIO</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> / /	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b> - -



**GARANTE (PAGADOR O RESPONSABLE DEL PAGO) CONTINUADO**

<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<b>NÚMERO DE TELÉFONO</b>		<b>EMPLEADOR</b>
---------------------------	---------------------------	--	------------------

**SEGURO**

**TIPO DE SEGURO**

TARIFA DESLIZANTE  MEDICAID  MEDICARE  SUGERENCIA Privado  CICP  CHP+   
 CORE  COMPENSACIÓN DE VICTIMA  REHABILITACIÓN PROFESIONAL   
 CONDICIONAL FEDERAL  EAP  OTRA(describa Por favor) \_\_\_\_\_

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO, ¿LE GUSTARÍA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE OTROS PROGRAMAS  
 SÍ  NO

**COMPAÑÍA DE SEGURO:**

**POLÍZA / NÚMERO DE MIEMBRO:**

**FARMACIA PREFERIDA PARA EL PACIENTE:**



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Doy mi permiso para que River Valley Family Health Centers me brinde servicios médicos, dentales y / o de salud conductual a mí o a mi hijo/hija nombrada en la página cuatro (4). Verifico que toda la información proporcionada es veraz. Doy fe de que el número de dependientes es correcto en la página cinco (5) (el tamaño de mi hogar reportado). Doy fe de que mis ingresos enumerados son correctos. Entiendo que el pago debe hacerse en el momento del servicio.

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios que me brindan River Valley Family Health Centers. Incluso si tengo cobertura de seguro, puedo deber dinero además del que pagó mi seguro.

Autorizo y ordeno a cualquier titular de información médica o documentación sobre mí o mi hijo que divulgue dicha información a River Valley Family Health Centers y sus agentes de facturación, y / o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus transportistas y agentes, y / o cualquier otro pagador o aseguradora que pueda ser necesario para determinar estos u otros beneficios pagaderos por cualquier servicio que me proporcione River Valley Family Health Centers. Autorizo el pago de beneficios de terceros directamente a los Centros de Salud Familiar de River Valley por los servicios prestados para mí y / o mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
Firma de la fecha del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián (Si es paciente menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha