

BeverlyCare - Inscripción de Paciente

Clinic/Pt. Reg., Jan 2017

Nombre del paciente: _____
 Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio: _____
 Calle Apto # Ciudad Código Postal

Numero Telefónico: () () ()
 Casa Trabajo Celular

¿Tiene número de **Seguro Social**? Si No Número de Seguro Social _____
 ¿Es su número de Seguro Social solamente para trabajar? Si No Correo electrónico: _____
 ¿Está usted en los EEUU con Visa? Si No Visa de turista Visa con respaldo financiero

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Mes / Día / Año

Situación de vivienda: Dueño de casa Renta Motel/Hotel Caro/Vehículo Casa Intermedia/Refugio Refugió sin hogar

Transicional En la calle Vivienda de apoyo permanente Otro **¿Es usted Veterano?** Si No

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Unión Libre Viudo

¿Es usted capacitado? Si No **Fuma?** Si No **Orientación sexual:** Lesbiana/Gay Heterosexual Bisexual Deseo no revelar

Grupo Étnico: No-Latino /Hispano Latino/Hispano **Raza:** Caucásico Afro-Americano Indio Americano Isleño Pacífico Asiático Nativo de Hawái Otro

Identidad de género: Masculino Femenino Transexual Masculino Transexual Femenino Deseo no revelar

Nivel de educación terminado: No terminó preparatoria Certificado técnico o equivalente Se graduó de preparatoria Título universitario o superior

¿En qué idioma desea usted que le proporcionen información? _____
 ¿Cómo entiende o habla el inglés? Muy Bien Moderado Muy Poco Nada

¿Tiene Alergias? _____

Amigo o pariente para contactar en caso de Emergencia: _____
 Nombre Parentesco Numero Telefónico ()

Si menor de edad, nombre de Madre _____ Si menor de edad, nombre de Padre _____

¿Cómo escucho de la Clínica [clinic name]? _____

1. ¿Tiene usted seguro médico? Si No ¿En caso afirmativo, con quién? _____
 2. ¿Tiene usted seguro dental? Si No ¿En caso afirmativo, con quién? _____
 3. ¿Tiene usted Medi-Cal? Si No ¿Ha aplicado? Si No Número de Póliza _____
 4. ¿Tiene su hijo(a) (paciente) CHDP? Si No 5. ¿Tiene FPACT? Si No

Yo entiendo que mi información médica/dental es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre la clínica [clinic name] y de cualquier otro proveedor o organización sólo cuando es necesaria para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Los derechos de pacientes y las políticas de confidencialidad serán echas públicas en la sala de espera y las copias estarán disponibles bajo petición.

Yo autorizo tratamiento en la clínica [clinic name]. Si No Iniciales _____

El intercambio de información puede incluir tratamiento para:

Alcoholismo o drogas Si No Iniciales _____

Problemas psiquiátricos Si No Iniciales _____

Si se requiere un número adecuado de radiografías para el diagnóstico,

Doy consentimiento para que se tomen radiografías para tratamiento dental: Si No Iniciales _____

Firma del paciente o padre (si menor): _____ **Fecha:** _____

Nombre y parentesco (si no es el paciente)