

SECOYAS CENTRO DE SALUD RURAL  
101 WEST COAST ROAD/PO BOX 769 REDWAY, CA 95560  
**PACIENTE FORMULARIO DE INFORMACIÓN**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: M ☐ F ☐  
ESTÁTUS MARITAL: SOLT ☐ CASAD ☐ DIV ☐ VIUDO ☐  
NOMBRE DE ESPOSO(A): \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

**EN ORDEN PARA NOSOTROS (PARA SATISFACER) LAS NECESIDADES DE FINANCIACIÓN FEDERAL, POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

¿ES USTED UN VETERANO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA? Sí ☐ No ☐  
¿ES USTED UN TRABAJADOR DE TEMPORADA AGRÍCOLA? Sí ☐ No ☐  
¿ES USTED SIN HOGAR (VIVIENDA FALTA O VIVIR EN VIVIENDA DE TRANSICIÓN) Sí ☐ No ☐  
RAZA/ETNIA: BLANCO ☐ HISPANO ☐ AFROAMERICANO ☐ NATIVO AMERICANO ☐  
CHINO ☐ JAPONÉS ☐ FILIPINO ☐ OTRAS ASIÁTICO ☐ NEGARSE A RESPONDER ☐

**INGRESO MENSUAL**

| ENCIERRA EN UN CÍRCULO EL NIVEL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES DE SU FAMILIA QUE SE CORRESPONDE CON EL TAMAÑO DE SU HOGAR |                 |               |             |             |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|-------------|--------|
| TAMAÑO DEL HOGAR                                                                                                        | EN O POR DEBAJO | ENTRE         | ENTRE       | ENTRE       | MÁS DE |
| 1                                                                                                                       | \$1063          | \$1064-\$1467 | \$1468-1595 | \$1596-2127 | \$2128 |
| 2                                                                                                                       | \$1437          | \$1438-\$1983 | \$1984-2156 | \$2157-2874 | \$2875 |
| 3                                                                                                                       | \$1810          | \$1811-2498   | \$2499-2715 | \$2716-3620 | \$3621 |
| 4                                                                                                                       | \$2183          | \$2184-3013   | \$3014-3275 | \$3276-4366 | \$4367 |
| 5                                                                                                                       | \$2557          | \$2558-3529   | \$3530-3836 | \$3837-5114 | \$5115 |

**PARTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE DE PACIENTE)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: M ☐ F ☐  
ESTÁTUS MARITAL: SOLT ☐ CASAD ☐ DIV ☐ VIUDO ☐  
NOMBRE DE ESPOSO(A): \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS**

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

PARIENTE MÁS CERCANO (FUERA DEL HOGAR)

CIUDAD Y ESTADO

NÚMERO DE TELÉFONO

## Forma De Pago

☐ Pago Privado ☐ CMSP/Fecha de asunto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Seguro medico del estado : \_\_\_\_\_

☐ Seguro Médico ☐ MediCal/Fecha de asunto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Otro: \_\_\_\_\_

**Si usted está cubierto por el Seguro, Medi-Cal o Medicare, por favor presente su tarjeta a al recepcionista.**

**Tenemos una escala móvil para los pacientes de bajos ingresos. Por favor, dígame a la recepcionista si usted está interesado en este programa.**

**El pago se requiere para los exámenes y el tratamiento de la oficina, en el momento que se dan los servicios. Al menos que se hayan hecho otros arreglos.**

**El abajo firmante, doy mi permiso para que el Centro de Salud de las Secoyas Rural administre mi atención médica Y estoy de acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios del Centro de Salud.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, Padre o Tutor Legal: Fecha

De conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Edad

Ley contra la Discriminación de 1975, secoyas Centro de Salud Rural no discrimina por motivos de raza, color, nacional origen, discapacidad o edad.

### **Información Del Seguro O Medicare Secundaria de Seguros**

**Estamos encantados de ayudarle en la presentación de sus reclamaciones de seguros; Sin embargo, por favor recuerde que usted es responsable de asegurando que secoyas Centro de Salud Rural se paga por los servicios prestados a usted. Si su compañía de seguros no nos paga dentro de los 60 días, se convierte en su responsabilidad de hacerlo y ponerse en contacto con su compañía de seguros para averiguar por qué el pago no tiene ha hecho. Vamos a reembolsar a usted cuando su portador insuance remite un pago..**

Su compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de ID \_\_\_\_\_ Número de Group \_\_\_\_\_

Tenedor de una póliza: ☐ Yo ☐ Espos(a) ☐ Padre ☐ Otro Tenedor de una póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de correo para Reclamaciones: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### **Autorización para liberación**

**Autorizo la liberación de cualquier y toda la información adquirida en el curso de un examen / tratamiento, para mi compañía de seguro.**

**AUTORIZO y solicito el pago de los beneficios médicos directamente a secoyas Centro de Salud Rural para médicos servicios prestados a mí. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia o escaneo de este acuerdo es la misma validez que el original**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, Padre o Tutor Legal: Fecha

**Secoyas Centro de Salud Rural Paciente Historia de Salud**  
**Clinica Medica (707) 923-2783 Clínica Dental (707) 923-4313**

Por favor responda las siguientes preguntas. Para preguntas Sí / No, por favor marque cada pregunta individual.  
 Si no está seguro acerca de una pregunta, por favor marque el número o la letra que corresponda a la pregunta.

**Nombre del paciente:** Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

**Nombres utilizado anteriormente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Género:** ☐ Masculino ☐ Hembra **Email:** \_\_\_\_\_

**1. ¿Por qué estás aquí hoy?** \_\_\_\_\_

**2. ¿Cuándo fue su último examen de salud?** \_\_\_\_\_ **3. ¿Quién es su médico?** \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuándo fue tu última visita al dentista?** \_\_\_\_\_ **5. ¿Quién es su dentista?** \_\_\_\_\_

**6. Historia Médica: alguna vez has tenido...**

|                                                    | No | Sí/Año |
|----------------------------------------------------|----|--------|
| A. Accidentado o válvula de corazón artificial     |    |        |
| B. Lesión cardíaca congénita o soplo               |    |        |
| C. Enfermedad del corazón Cardiovascular           |    |        |
| 1. Dolor en el pecho durante/ después del esfuerzo |    |        |
| 2. Dificultad para respirar                        |    |        |
| 3. Hinchazón de los tobillos y los pies            |    |        |
| 4. <b>Marcapasos cardíaco</b>                      |    |        |
| D. La presión arterial anormal (alta o baja)       |    |        |
| E. Problemas de pulmón, Asma, Tuberculosis, COPD   |    |        |
| F. Los problemas del seno                          |    |        |
| G. La urticaria o erupciones en la piel            |    |        |
| H. Alergia                                         |    |        |
| I. Diabetes                                        |    |        |
| 1. Micción Frecuente                               |    |        |

|                                                             |    |        |
|-------------------------------------------------------------|----|--------|
| (más de 6x por día)                                         |    |        |
| 2. Sed frecuente/boca seca                                  |    |        |
|                                                             | No | Sí/Año |
| J. Hepatitis A, B, o C                                      |    |        |
| K. Artritis                                                 |    |        |
| L. Reumatismo o inflamación en las articulaciones dolorosas |    |        |
| M. <b>Prótesis de articulación</b>                          |    |        |
| N. Trastorno endocrino, tiroides                            |    |        |
| O. Úlcera estomacal                                         |    |        |
| P. Problemas de riñón                                       |    |        |
| Q. Tos persistente o con sangre                             |    |        |
| R. <b>Desmayos o convulsiones</b>                           |    |        |
| S. <b>Cáncer / Radiación</b>                                |    |        |
| T. VIH o SIDA                                               |    |        |
| U. <b>Trastorno de la sangre, anemia o la hemofilia</b>     |    |        |
| 1. Sangrando anormal con cirugía o trauma                   |    |        |
| 2. Fácil aparición de moretones                             |    |        |
| 3. Transfusión de sangre                                    |    |        |
| V. Miembro de la familia con/trastorno hemorrágico          |    |        |

**7. Medicamentos:** ☐ Marque aquí si usted no toma ningún medicamento (Por favor proporcione la lista de medicamentos completa en la página siguiente)

| Estas tomando...                             | No | Sí |
|----------------------------------------------|----|----|
| A. Antibióticos o sulfamidas                 |    |    |
| B. Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) |    |    |
| C. Medicina para la presión arterial alta    |    |    |
| D. Esteroides de cortisona u otros           |    |    |
| E. Medicamentos para dormir                  |    |    |
| F. Los Antihistamínicos                      |    |    |
| G. Aspirina                                  |    |    |

|                                                                | No | Sí |
|----------------------------------------------------------------|----|----|
| H. La insulina o diabetes drogas                               |    |    |
| I. Medicamentos para el corazón, la nitroglicerina, la digital |    |    |
| J. Anticonceptivos orales                                      |    |    |
| K. Otros medicamentos                                          |    |    |
| L. Bifosfonatos (para la osteoporosis)                         |    |    |
| M. La quimioterapia (o previamente)                            |    |    |

Numero del paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

**8. Medicamentos** ☐ No hay Medicamentos

| Nombre de la marca | Nombre Generico | Fecha de inicio | Direcciones |
|--------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| 1.                 |                 |                 |             |
| 2.                 |                 |                 |             |
| 3.                 |                 |                 |             |
| 4.                 |                 |                 |             |
| 5.                 |                 |                 |             |
| 6.                 |                 |                 |             |
| 7.                 |                 |                 |             |
| 8.                 |                 |                 |             |
| 9.                 |                 |                 |             |
| 10.                |                 |                 |             |

**9. Alergia** ☐ Sin Alergias

| Nombre | Reacción | Nombre | Reacción |
|--------|----------|--------|----------|
| 1.     |          | 5.     |          |
| 2.     |          | 6.     |          |
| 3.     |          | 7.     |          |
| 4.     |          | 8.     |          |

**10. Antecedentes médicos** ☐ Antecedentes médicos no conocida

| Condición | Comenzó el año |
|-----------|----------------|
| 1.        |                |
| 2.        |                |
| 3.        |                |
| 4.        |                |
| 5.        |                |

6. \_\_\_\_\_

**11. Cirugías pasadas** ☐ No hay cirugías pasadas

| Cirugía | Año |
|---------|-----|
| 1.      |     |
| 2.      |     |
| 3.      |     |
| 4.      |     |
| 5.      |     |
| 6.      |     |

**12. Lista de hospitalizaciones en los últimos 5 años:**

| Razón | qué hospital | fecha |
|-------|--------------|-------|
|       |              |       |
|       |              |       |
|       |              |       |

**13. Pacientes del sexo femenino:**

LMP: \_\_/\_\_/\_\_ Actualmente Embarazada: Sí/No Amamantamiento: Sí/No

Por favor indique el número de: Embarazos: \_\_\_\_\_ Nacidos Vivos: \_\_\_\_\_ Ectópico: \_\_\_\_\_ Abortos involuntarios: \_\_\_\_\_  
 Abortos: \_\_\_\_\_

**14. Historia de familia** ☐ Sin antecedentes familiares de interés ☐ Soy adoptado/fomentado

| Diagnóstico | Miembro de la familia | Comentarios |
|-------------|-----------------------|-------------|
| 1.          |                       |             |
| 2.          |                       |             |
| 3.          |                       |             |
| 4.          |                       |             |
| 5.          |                       |             |
| 6.          |                       |             |
| 7.          |                       |             |

## Bisphosphonates/ Bisfosfonatos

Marque Sí en la casilla junto a los siguientes medicamentos si actualmente los toma o si ALGUNA vez ha tomado estos medicamentos anteriormente.

| Nombre del medicamento | Verifique si sí / año | Verifique si no |
|------------------------|-----------------------|-----------------|
| <b>Actonel</b>         |                       |                 |
| <b>Atelvia</b>         |                       |                 |
| <b>Boniva</b>          |                       |                 |
| <b>Didronel</b>        |                       |                 |
| <b>Etidronate</b>      |                       |                 |
| <b>Fosamax</b>         |                       |                 |
| <b>Alendronato</b>     |                       |                 |
| <b>Skelid</b>          |                       |                 |
| <b>Aredia</b>          |                       |                 |
| <b>Prolia</b>          |                       |                 |
| <b>XGEVA</b>           |                       |                 |
| <b>Reclast/Aclast</b>  |                       |                 |
| <b>Zometa</b>          |                       |                 |

Si actualmente está tomando o ha tomado cualquiera de los medicamentos anteriores en el pasado, tenga en cuenta el riesgo de osteonecrosis de la mandíbula con procedimientos dentales. Tenga en cuenta que es posible que deba ser referido para ver a un especialista para recibir tratamiento adicional. Las opciones se discutirán con su dentista

Nombre del paciente impreso \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Number del paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

## Historia Social

### 15. El consume de alcohol ☐ sí ☐ no ☐ Ex Consumo

|                 |  |
|-----------------|--|
| Que Tipo        |  |
| Bebidas por día |  |
| Año de renunció |  |

### 16. El Consumo de tabaco ☐ sí ☐ no ☐ Ex Consumo

|                     |  |
|---------------------|--|
| Tipo de tabaco      |  |
| # utilizado por día |  |
| Años utilizan       |  |
| Año de renunció     |  |

### 17. Mantenimiento de la salud última fecha de la prueba:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Chequeo de colesterol    |  |
| PSA                      |  |
| Colonoscopia             |  |
| Densitometría ósea       |  |
| Ultrasonido del hígado   |  |
| Vacuna contra el tétanos |  |
| Prueba de la hepatitis   |  |
| Prueba del VIH           |  |
| Prueba de la anemia      |  |

### 18. Manejo de enfermedades última fecha de la prueba:

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| HgbA1C                      |  |
| Ultrasonido abdominal       |  |
| Prueba de esfuerzo cardíaco |  |
| Radiografía de pecho        |  |
| Ecocardiograma              |  |
| EKG                         |  |
| Examen de la vista          |  |

### 19. Enumerar otras enfermedades o problemas que puedan ser de interés:

---



---

### 20. Directivas Anticipadas (Resucitación Deseos)

Fecha de Reseña: \_\_\_\_\_ ☐ Ninguna ☐ DNR ☐ Testamento en vida ☐ El poder duradero del abogado ☐ HC Apoderado

**\*He completado esta historia de salud completa y exacta al mayor de mi conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma (Partido del paciente o responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Impreso Number del Responsable

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

-----Uso en oficina -----

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_  
Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_  
Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_  
Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_  
Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN

### "Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) - Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica"

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por Redwoods Rural Health Center (RRHC) con el propósito de diagnosticar o proporcionarme tratamiento; obtener el pago de mis facturas de atención médica; y / o llevar a cabo operaciones de atención médica. Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción sobre cómo se usa o divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que RRHC haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Autorizo a RRHC a utilizar una variedad de métodos de comunicación electrónica, que incluyen teléfono, mensajes de texto y correo electrónico para contactarme con notificaciones relacionadas con la salud. Para servirme mejor y mantenerme saludable, los mensajes incluyen recordatorios de citas, consejos de salud e información para ayudar a controlar mis enfermedades. Entiendo que algunas comunicaciones se realizan a través de los proveedores contratados de RRHC y estos mensajes no son un sustituto del asesoramiento médico profesional, el diagnóstico o el tratamiento. Autorizo a RRHC a divulgar información de salud protegida limitada a otras personas que puedan contestar mi teléfono, mensajes de texto o correo electrónico. Sé que puedo optar por no recibir estas comunicaciones de RRHC en cualquier momento llamando al centro de salud al (707) 923-2783 o probando la palabra "DETENER" en respuesta a un mensaje de texto.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de RRHC, que estuvo disponible antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en el área de recepción y en el sitio web de RRHC, [www.rrhc.org](http://www.rrhc.org), describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que ocurrirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en la ejecución de operaciones de atención médica de RRHC.

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o tutor legal

Una fotocopia o escaneo de este acuerdo es tan válido como el original.

## FIRMA PARA CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

He Tenido la oportunidad de leer los siguientes consentimientos informados:

Por Favor sus **iniciales** y **el signo**.

\_\_\_\_ 1) El Centro de Salud de las Secoyas Rural “Política de No Arribo”

\_\_\_\_ 2) Aviso de las Políticas de Privacidad

\_\_\_\_ 3) El Consentimiento para la anestesia local (para Dental Solamente)

\_\_\_\_ 4) El material dental Datos Hoja (para Dental Solamente)

\_\_\_\_ 5) El Consentimiento para fluoro de plata diamina (para Dental Solamente)

Paciente/Guardian: Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Con el fin de ahorrar papel, estos materiales pueden ser vistos en nuestra clínica a su llegada o descargar y ver desde nuestro sitio web.

Dirección Web: <http://www.rrhc.org>

Busque en la sección Forma Descargar.





## Tratamiento de un consentimiento y delegación para menores

Yo, \_\_\_\_\_ soy el padre del niño enumerado a continuación y no hay órdenes judiciales en vigencia que me prohíban conferir el poder para dar consentimiento a otra persona.

Yo, \_\_\_\_\_ soy el tutor legal o custodio legal del niño por orden judicial (copia adjunta, si está disponible), y no hay otras órdenes judiciales vigentes que me prohíban confiriendo el poder de consentimiento a otra persona.

Doy mi consentimiento al Redwoods Rural Health Center para proporcionar, salud mental o tratamiento dental a mi niño. Además, autorizo a la (s) siguiente (s) persona (s)

**Delegar 1 Nombre:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Delegar 2 Nombre:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Delegar 3 Nombre:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

para consentir al tratamiento del siguiente niño, cuando no estoy disponible:

**El nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

El poder que confiero está específicamente limitado a la toma de decisiones en el cuidado de la salud, y puede ser ejercido solo por la persona (s) nombrada arriba. La (s) persona (s) nombradas arriba pueden dar su consentimiento a lo siguiente exámenes y tratamiento para mi hijo y puede tener acceso a todos los registros, incluido, pero no limitado a, registros de seguro con respecto a tales servicios (marque todos los que correspondan),

\_\_\_médico, \_\_\_prueba de laboratorio, \_\_\_inmunizaciones, \_\_\_salud mental, \_\_\_dental, \_\_\_acupuntura

Conferir la delegación de consentimiento libremente y a sabiendas para proporcionar para el niño y no como resultado de presión, amenazas o pagos por parte de cualquier persona o agencia. Este documento permanecerá vigente hasta que sea revocado por mi notificación escrita.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal                      Nombre Impreso                      Fecha

Relación con el menor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma de testigo                      Nombre Impreso                      Fecha

# Secoyas Centro de Salud Rural

## Aplicación de Escala

### Persona responsable del hogar:

|                                                                             |                                                                                                                                                                                           |                   |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|
| Nombre: (Nombre, Inicial segundo nombre, Apellido):                         | Número de Seguro Social:                                                                                                                                                                  | FDN:              | Condado:             |
| Dirección de envío:                                                         | Ciudad/Estado/Código:                                                                                                                                                                     | Teléfono de casa: | Teléfono del trabajo |
| Sin hogar/ Vivienda de Transición: Si/No                                    | Estatus Marital: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/><br>Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> |                   |                      |
| Número de personas que viven en la casa que comparten los gastos del hogar: |                                                                                                                                                                                           |                   |                      |

**Información de Ingresos: Por favor complete para todos los miembros adultos del hogar que están empleados: PRUEBA DE INGRESOS BRUTOS se facilitará a RRHC (talón de cheque RECIENTE, declaración de impuestos, DECLARACIÓN DE FEDERAL O DEPÓSITOS DEL ESTADO). PERSONAS QUE NECESITAN PARA DECLARAR MISMO SE REQUIEREN PARA CUMPLIR CON UN PACIENTE SERVICIOS Asistente de lo contrario, los servicios serán prestados en la carga completa.**

| Persona Empleada            | Nombre de empresa      | Ingresos (Antes de) | ¿Pagado?¿Con qué frecuencia? Marque uno                                                                                                              |
|-----------------------------|------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |                        | \$                  | <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 2 veces por mes<br><input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas |
|                             |                        | \$                  | <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 2 veces por mes<br><input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas |
| Otra fuente de ingresos:    | Pensión alimenticia \$ | TANF \$             | Pensión/Jubilación \$                                                                                                                                |
| Manutención de los hijos \$ | Discapacidad \$        | S.S.I. \$           | Seguro Social \$                                                                                                                                     |
| Desempleo\$                 | Otro \$                | Otro \$             | Otro\$                                                                                                                                               |

**Información del Hogar: Listar todos los individuos en el hogar, incluyendo la persona responsable de la familia.**

| Nombre | FDN | Relación | Edad | Ingresos | Employed |
|--------|-----|----------|------|----------|----------|
| 1.     |     |          |      |          | Sí/No    |
| 2.     |     |          |      |          | Sí/No    |
| 3.     |     |          |      |          | Sí/No    |
| 4.     |     |          |      |          | Sí/No    |

**\*\* Usted puede enumerar personas adicionales en la parte posterior de la aplicación.**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Sólo para uso de oficina

- ☐ El paciente ha sido aprobado para su escala móvil: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐
- ☐ El paciente aplico para Medi-Cal or Covered CA (cícule el programa) Día de la cita: \_\_\_\_\_
- ☐ El paciente fue negado cobertura de Medi-Cal (copia de la negación adjunta)
- ☐ El paciente ha cumplido con la cuota de costo O deducible y no es elegible para el programa de escala móvil.
- ☐ Ingreso del paciente es demasiado alto para calificar para el programa de escala móvil.
- ☐ Paciente se negó a proporcionar información sobre los ingresos o se negó a completar el formulario de elegibilidad.
- ☐ El paciente ha disminuido el programa de escala móvil.

Firma del personal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## **Orientación Sexual e Información de Género**

Los informes de salud obligatorios requieren que recopilemos información sobre el género y la orientación sexual de nuestros pacientes.

Las respuestas se mantendrán en privado y son confidenciales en su registro de salud. Los datos que recopilemos se utilizarán solo para mejorar la calidad de la atención médica.

### **Identidad de género:**

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Mujer a Hombre/Transgénero Masculino/Trans Hombre
- ☐ Hombre a mujer/mujer transgénero/mujer trans
- ☐ Otra
- ☐ Elija no revelar

### **Orientación Sexual:**

- ☐ Lesbiana o gay
- ☐ Heterosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Algo más
- ☐ Elija no revelar
- ☐ No sé
- ☐

S:\ALL FORMS\Sexual Orientation and Gender Information.docx Rev. 04/10/2020 ED