

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



1 (800) 300-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Office Use Only

After patient registration form is completed, Front Office Clerk shall enter information in patient's electronic health record and scan form into the correct patient chart.

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|----------------------|
| Primer nombre: | | Segundo nombre: | | Apellido: | | Fecha de nacimiento: | |
| N.º de Seguro Social | | Identidad de género: Masculino Femenino Hombre transexual/Mujer a hombre (FTM) Mujer transexual/Hombre a mujer (MTF) Género homosexual | | Sexo asignado en el nacimiento: Masculino Femenino Intersexual Rechusa responder | | Usted se considera como: Heterosexual Lesbiana, gay u homosexual Bisexual Algo más No sé | |
| ¿Cuáles son sus pronombres? Él/Su/Suyo Ella/Su/Suyo Ellos/Sus/Suyos Otro | | | | | | Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Pareja doméstica | |
| Raza: Afroamericano/negro Nativo americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái/isleño del Pacífico | | Caucásico/ blanco Asiático Otro | | Origen étnico: Latino/hispano No latino/hispano | | Vagabundo: Vive en un refugio En transición compartiendo vivienda No soy vagabundo | |
| | | | | | | ¿Es veterano del ejército Militar de EE. UU.? Sí No | |
| Dirección postal: (incluya la suite, el apartamento, etc.) | | | | Ciudad | | Estado | |
| | | | | | | Código postal | |
| Dirección física: (si es diferente) | | | | Ciudad | | Estado | |
| | | | | | | Código postal | |
| Teléfono de la casa: | | Para los fines de enviarle recordatorios de atención médica e información sobre su atención médica; acepto | | | | | |
| Teléfono celular: | | recibir: llamadas telefónicas | | Si No | | mensajes de texto Si No | |
| | | correspondencia por correo | | Si No | | | |
| ¿Nos podemos comunicar con usted a través del correo electrónico? Si No dirección de correo electrónico: | | | | ¿Cuál idioma usa con más comodidad? Inglés Español Otro | | | |
| ¿Como supiste de nosotros? Amigo / Miembro de la familia Anuncio por el internet | | Telesión | | Radio | | Remisión | |
| | | Cartelera | | Redes sociales | | Autobús Mailer | |
| Otro: | | | | | | | |
| Experiencia con la agricultura/trabajo agrícola: (siembra, recolección, preparación de la tierra, planta de empaque, lácteos, conducción de un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola) | | | | | | | Uso del consultorio: |
| 1. En los últimos dos años, ¿ha trabajado usted o alguna persona en su familia en algún tipo de trabajo agrícola? Sí No | | | | | | | Sí- #1, #4, #5 |
| 2. En los dos últimos años, ¿se ha mudado usted o un miembro de su familia a otra área y ha vivido lejos de casa para trabajar en algún tipo de trabajo agrícola? Sí No | | | | | | | "Temporal" |
| 3. ¿Ha dejado de emigrar usted o un miembro de su familia para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o a edad? Sí No | | | | | | | Sí- #2, #3 |
| 4. ¿Está buscando empleo en la agricultura? Sí No | | | | | | | "Migrante" |
| 5. ¿Usted o un miembro de su familia dejó de trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad? Sí No | | | | | | | |
| ¿Cuánta gente hay en tu familia? Tamaño de la Familia: _____ | | ¿Con quién nos podemos comunicar en caso de emergencia? | | | | | |
| Ingresos anuales: _____ | | Nombre: _____ | | Relación: _____ | | | |
| | | Teléfono: _____ | | | | | |
| ¿Qué tipo de seguro de salud tiene? Seguro privado Medi-Cal Medicare No tiene seguro | | Persona responsable (Padre o tutor legal que firma este formulario): Primer nombre: _____ Apellido _____ | | | | Fecha de nacimiento _____ | |
| | | Dirección postal: _____ | | | | Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ | |
| | | Número de contacto: _____ | | | | Relación con el paciente: _____ | |
| Autorización y consentimiento: | | <ul style="list-style-type: none"> Yo/ el representante del paciente doy mi consentimiento de que me estoy presentando en Omni Family Health para los exámenes, el diagnóstico o el tratamiento de mi salud, estado médico o estado dental. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos de los servicios prestados a mis dependientes o a mí, ya que mi compañía aseguradora puede pagar un monto menor al de la factura final; esto incluye el saldo restante después del pago de los beneficios del seguro, los deducibles y los copagos. Yo/el representante del paciente autorizo la divulgación de la información médica a otras entidades a fin de resolver el reclamo. (Consulte el Aviso de las Políticas de Privacidad) Yo / paciente rechazo consiento el derecho de presentar una solicitud para el descuento de Escala de tarifa variable | | | | | |
| | | Firma del paciente/tutor legal _____ | | | | Fecha: _____ | |
| Solo para uso del consultorio | | Después de que el formulario de inscripción del paciente esté completo, el empleado de recepción ingresará la información en el expediente médico electrónico del paciente y escaneará el formulario para colocarlo en la historia clínica correcta. | | | | | |

LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA) CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA



1 (800) 300-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección A: Consentimiento para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

Por este medio doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud que me identifica de manera individual, para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Esto incluye la asignación de beneficios. Doy mi consentimiento a exámenes, tratamientos, procedimientos y análisis de sangre ordenados por mi médico y proveedores de atención médica, incluidos análisis de sangre para detectar enfermedades transmisibles como hepatitis y VIH / SIDA.

Este consentimiento está autorizado para los proveedores de atención médica que se indican a continuación: *médicos, enfermeros de práctica avanzada, asistentes médicos y personal médico de Omni Family Health*

- Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de las Políticas de Privacidad de este consultorio como se muestra en la sala de espera.
- He recibido una copia y leí el Aviso de las Políticas de Privacidad que está publicado en este consultorio y entiendo su significado.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar que este proveedor restrinja la forma cómo se use o divulgue la información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Además, que el proveedor no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.
- Entiendo que la ley estatal exige que se informe al departamento de salud sobre ciertos resultados positivos, como la hepatitis y el anticuerpo contra el virus del SIDA.
- Tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito salvo en la medida en que el proveedor haya adoptado medidas antes de la revocación.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Indique las restricciones solicitadas

Aprobado/denegado por el proveedor

Descripción específica de la información (incluyendo fechas): _____

Firma del paciente o del representante del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente o del representante del paciente: _____ Relación: _____

Sección B: Autorización para compartir información de salud protegida

A fin de divulgar o hablar sobre cualquier información personal de salud con su familia o persona designada, debemos tener un consentimiento firmado en el expediente, en el cual se autorice a Omni Family Health a compartir información sobre su atención en nuestro consultorio con el miembro de la familia o persona designada. Indique los nombres de las personas que quisiera que participen en su atención médica. Esta información se puede cambiar o revocar en cualquier momento con su autorización.

Nombre del paciente: _____ N°. de expediente médico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorizo a Omni Family Health a compartir información relacionada con mi estado de salud con las personas indicadas anteriormente.

Entiendo que esto podría incluir información como: el diagnóstico, el pronóstico, así como los planes de tratamiento, los medicamentos, los resultados de las pruebas, los recordatorios de las citas, la facturación médica, el seguro y cualquier otra información médica pertinente a mi atención.

Rehúso que mi información médica se comparta con mi familia o persona designada.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS

1 (800) 300-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org



De conformidad con la Ley de Autodeterminación del Paciente, a los pacientes mayores de 18 años de edad se les debe proporcionar información sobre las Instrucciones médicas anticipadas. El procedimiento que se indica a continuación se usará como medio para poner esta información a disposición de los pacientes de Omni Family Health.

¿Estaría interesado en recibir información sobre las Instrucciones médicas anticipadas? Sí No

Es política de Omni Family Health, NO respetar una solicitud de “No reanimar”, también conocida como Do Not Resuscitate (No resucitar o DNR, por sus siglas en inglés). Los medicamentos o agentes anestésicos tienen el potencial de provocar un paro cardíaco o respiratorio. Omni Family Health (OFH) implementará iniciativas de reanimación en cualquier paciente que experimente un evento potencialmente mortal mientras reciba atención en cualquier centro de Omni Family Health. En caso de que haya una complicación, a usted se le trasladará al hospital y se seguirá la política del hospital sobre las Instrucciones médicas anticipadas. Las preguntas acerca de esta política se pueden dirigir al proveedor que le atienda.

He recibido toda la información que se me proporcionó sobre las Instrucciones médicas anticipadas.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Representante del paciente

Firma del representante



Como nuestro paciente, usted tiene alternativas, derechos, y responsabilidades.

Usted tiene derechos a:

- Ser tratados con dignidad y respeto
- Saber el nombre de las personas que lo atienden
- Tener privacidad y confidencialidad de sus archivos
- Recibir explicaciones
- Recibir educacion y consejos
- Revisar sus archivos medicos con un medico profesional
- Aceptar o rechazar cualquier cuidado o tratamiento
- Obtener la atencion de otros medicos en el hogar medico de atencion primaria, buscar segunda opinion y buscar atencion de especialidad
- Seleccionar el proveedor primario de su opcion para su cuidado medico

Los pacientes de la planificacion familiar tambien tienen derecho a:

- Decidir si quieren tener hijos, no tener hijos y cuando tenerlos
- Conocer la efectividad, posible efectos secundarios y problemas de todos los metodos de control natal
- Participar en escoger un metedor de control natal

Usted tiene la responsabilidad de:

- Ser honesto acerca de su historia medica
- Estar seguro que usted entiende quien es parte de su equipo medico
- Seguir las instrucciones y el asesoramiento medico
- Respetar los reglamentos de la clinica
- Reportar cambios en su salud
- Cumplir con su cita o cancelar dentro de 24 horas

Si tiene alguna sugerencia, cumplido o queja, háganoslo saber.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES



1 (800) 300-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

SECCION I

Nombre: _____ Fecha: _____
(Primero) (M) (Ultimo)

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del Conyuge: _____

Nombre del Paciente: _____ Relacion del Solicitante con el Paciente: _____

INFORMACION DEL HOGAR SECCION II

Información sobre los ingresos del hogar: enumere a todos los que viven en su hogar (incluido usted). Incluya a cualquier persona de al menos 18 años de edad que resida en el hogar y contribuya a los gastos básicos de vida del hogar (incluido usted). Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos de manutención de los hijos, ingresos de pensión alimenticia, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública / gubernamental, pensiones y / o ingresos de distribución de IRA u otros ingresos de jubilación, etc. NO incluya -asistencia en efectivo, como cupones de alimentos, subsidio de vivienda u otros subsidios del gobierno. Para ser considerado miembro del hogar, la persona debe figurar a continuación. Los adultos (a excepción de su cónyuge) enumerados a continuación con ingresos cero deben proporcionar la documentación requerida.

| Nombre (Primero y Apellido) | Edad | Fuente de Ingresos o Nombre del Empleado | Ingreso Mensual |
|--------------------------------|------|---|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Incluya documentacion de ingresos para cada ADULTO mencionado anteriormente.

Numero total de adultos (mayors del 18 anos): _____

Ingreso anual bruto total estimado: \$ _____

Numero total de ninos (menores de 18 anos): _____

Numero total de miembros del hogar: _____

Testificado por el personal de OFH: _____



INFORMACION DEL HOGAR SECCION II (continuacion)

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada, y / u omisiones pueden descalificarme de una consideración adicional para el programa de descuento de tarifa móvil y me someterán a sanciones bajo las Leyes Federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, estoy de acuerdo en informar a Omni Family Health si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifas móviles bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de Omni Family Health. Por la presente, reconozco que leí la divulgación anterior y la entiendo.

Doy mi consentimiento para la divulgación de todos y cada uno de mis registros financieros, incluidos, entre otros: solicitud de escala móvil y documentación de respaldo, información del paciente, información del seguro y cualquier otro tipo de información contenida en mis registros electrónicos de salud y / o dentales que cualquier auditor puede considerar necesario para la revisión, para participar en cualquier programa de asistencia, incluidos, entre otros, la escala móvil de tarifas, los programas de gran financiación y / o los programas de asistencia de farmacia para los que puedo ser elegible.

Fecha: _____

Nombre (letra de imprenta): _____

Firma: _____

Atestiguado por el personal de OFH : _____

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

0 – 6 meses (0 – 6 Months)

| | | | | |
|--|---|-----------------|--------------|--|
| Nombre del niño (primer nombre y apellido) | Fecha de nacimiento | Mujer Hombre | Fecha de hoy | ¿Asiste a una guardería? Sí No |
| Persona que completa el formulario | <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | | | ¿Necesita ayuda para completar el formulario? Sí No |

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe la respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
Sí No

Clinic Use Only:

| | | | | | |
|----|--|------------------|------------------|-----------------------|-------------------|
| 1 | ¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | Nutrition |
| 2 | ¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about baby's weight?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | Physical Activity |
| 3 | ¿Su bebé mira televisión? <i>Baby watches any TV?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | Safety |
| 4 | En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 5 | ¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 6 | Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 7 | En su hogar, ¿los materiales de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 8 | En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 9 | ¿Siempre acuesta a su bebé boca arriba para dormir? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 10 | Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |

| | | | | | |
|----|---|-----------|-----------|-----------------------|------------------|
| 11 | ¿Su bebé siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i> | Sí Yes | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 12 | ¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su bebé? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i> | Sí Yes | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 13 | ¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i> | No | Sí Yes | Omitir <i>Skip</i> | |
| 14 | En el biberón de su bebé, ¿coloca algo que no sea fórmula, leche materna o agua? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i> | No | Sí Yes | Omitir <i>Skip</i> | Dental Health |
| 15 | ¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i> | No | Sí Yes | Omitir <i>Skip</i> | Tobacco Exposure |
| 16 | ¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i> | No | Sí Yes | Omitir <i>Skip</i> | Other Questions |

Si la respuesta es afirmativa, describa:

| Clinic Use Only | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments: |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Physical Activity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Safety | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Dental Health | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Tobacco Exposure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA |
| PCP's Signature: | | Print Name: | | | Date: |