

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

(866) 707-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		Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Pareja doméstica		
¿Cuáles son sus pronombres? Él/Su/Suyo Ella/Su/Suyo Ellos/Sus/Suyos Otro							
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: Teléfono celular:		Para los fines de enviarle recordatorios de atención médica e información sobre su atención médica; acepto 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 Otro:		Televisión		Radio		Remisión	
		Cartelera		Redes sociales		Autobús Mailer	
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							Si- #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							Si- #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: _____ Ingresos anuales: _____		¿Con quién nos podemos comunicar en caso de emergencia? 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: _____ Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de contacto: _____ Relación con el paciente: _____		Fecha de nacimiento				
Autorización y consentimiento:	- 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

(866) 707-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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ 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 | <p>proveedor no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 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

(866) 707-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

(866) 707-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)

9 – 11 años (9 – 11 Years)

Nombre del niño (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	mujer hombre	Fecha de hoy	¿Año escolar?	
Persona que llena el formulario	☐ Padre/madre ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Tutor ☐ Otro (especifique)			Asistencia escolar ¿Regular? Sí No	
<i>Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre cualquier sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.</i>				¿Necesita un intérprete? Sí No	
				Clinic Use Only:	
1	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Nutrition
2	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
3	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
4	¿Su hijo bebe más de una taza (8 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
5	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? <i>Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
6	¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría de los días de la semana? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Physical Activity
7	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about child's weight?</i>	No	Sí	Omitir	
8	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
9	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Safety
10	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de control de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	

11	¿Su hijo siempre usa cinturón de seguridad en el asiento trasero (o usa un asiento para niños) si mide menos de 4'9"?" <i>Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?"</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
12	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
13	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
14	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que lleve un arma de fuego, un cuchillo u otra arma? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
15	¿Su hijo siempre usa casco cuando monta en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
16	¿Su hijo ha presenciado o ha sido víctima de abuso o violencia? <i>Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
17	¿Su hijo ha golpeado a alguien o alguien lo ha golpeado en el último año? <i>Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
18	¿A su hijo alguna vez lo han acosado o se sintió inseguro en la escuela o su vecindario (o lo acosaron por Internet)? <i>Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
19	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Dental Health
20	¿Su hijo con frecuencia parece triste o deprimido? <i>Child often seems sad or depressed?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Mental Health
21	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	¿Su hijo ha fumado alguna vez cigarrillos o mascado tabaco? <i>Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
23	¿Le preocupa a usted que su hijo pueda estar usando drogas, u oliendo sustancias tales como pegamento, para drogarse? <i>Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	

24	¿Le preocupa que su hijo pueda estar tomando alcohol, tal como cerveza, vino, refrescos con contenido de alcohol o licor? <i>Concerned that child may be drinking alcohol?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
25	¿Su hijo tiene amigos o familiares que tienen problemas con las drogas o el alcohol? <i>Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Su hijo o hija ha empezado a salir con novios o novias? <i>Child started dating or “going out” with boyfriends or girlfriends?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
27	¿Cree que su hijo pueda estar sexualmente activo? <i>Thinks child might be sexually active?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
28	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre la salud o conducta de su hijo? <i>Questions or concerns about child’s health or behavior?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	
☐ Physical Activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Tobacco Exposure	☐	☐	☐	☐	
					☐ Patient Declined the SHA
PCP's Signature		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date: