

FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE

Toda información mencionada es completamente confidencial. Por favor note los lados de este formulario.

Información de Paciente		Fecha De Hoy: ____ / ____ / ____
Nombre (Apellido, Primer, Iniciales.):		
Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:	Edad:
Sexo al nacer: ☐ Hombre ☐ Mujer	Género Identificado: ☐ Igual al nacer ☐ Hombre Trans ☐ Mujer Trans ☐ Otro ☐ Declinar declarar	
Orientación Sexual: ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana/o/Gay ☐ Bisexual ☐ Algo mas ☐ No se ☐ Declinar declarar		
Estatus Civil: ☐ Soltero/a ☐ Unión Libre ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a		
Veterano de U.S.?: ☐ Si ☐ No ☐ Declinar declarar	Deshabilitado: ☐ Si ☐ No	
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Tamaño de Familia (Incluyendo usted):	Ingreso Bruto Mensual del Grupo Familiar: \$	
Tipo de Residencia: ☐ Dueño/Rento ☐ Me quedo con amigos ☐ Temporario ☐ Sin hogar ☐ Otro:		
Método de Comunicación Preferida: Marque todas las formas en que puede ser contactado sobre su salud.		
☐ Número de Teléfono de (casa):	☐ Móvil:	
☐ Correo electrónico:		
☐ NO DESEO recibir comunicaciones electrónicas (texto o correos electrónicos) en cuanto mi cuidado.		
Raza: Por favor marque todos los que apliquen. (Requerido por el Gobierno Federal)		
☐ Coreano ☐ Blanco ☐ Negro/Africano ☐ Bangladesi ☐ Tailandes/a ☐ Indio Asiatico ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japones ☐ Vietnamita ☐ Otro Asiatico ☐ Nativo Hawai ☐ Otro Isleno del Pacifico ☐ Guameña o chamorro ☐ Samoano ☐ Indio Americano/Nativo de ☐ Alaska ☐ Otro:		
Origen Etnico: (Requerido por el Gobierno Federal)		
☐ Origen no hispano o latino/a, o espanol ☐ Mexicano ☐ Mexicano/a Americano/a (Nacido/a en E.U.) ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro origen hispano ☐ Negó a especificar		
Idioma Preferido:		Necesita un intérprete? ☐ Yes ☐ No
☐ Inglés ☐ Coreano ☐ Español ☐ Bangla ☐ Cantones ☐ Mandarín ☐ Hindi ☐ Urdu ☐ Tailandés ☐ Tagalo ☐ Otro:		
Contacto de Emergencia:		
Nombre:	Relación:	
# de Teléfono: De día	# de Teléfono: Por la tarde	
Yo autorizo que mi contacto de emergencia recoja mis registros médicos por mi: ☐ Si ☐ No		
Directiva Anticipada	Estoy interesado/a en recibir la forma de directiva anticipada de salud: ☐ Yes ☐ No	
*: ¿Qué es Directiva Anticipada? Si no puede hablar por usted mismo, la declaración de voluntad anticipada es un documento legal muy útil. Le permite informarle a sus médicos y trabajadores del cuidado de su salud acerca de los tipos de tratamiento medio que querría en caso de una enfermedad grave o accidente inesperado.		
Farmacia Preferida:		
Nombre:	Número de Teléfono:	
Domicilio:	Código Postal:	



Consentimiento de Tratamiento

Para pacientes mayores de 18 años o pacientes menores de 18 años viviendo con padres/guardianes o menores legalmente emancipados. Para propósitos de recibir diagnósticos y/o tratamiento en KHEIR, por este medio autorizo a cualquier proveedor con licencia asociado con KHEIR a tratarme a mí o a mi hijo menor y para recomendar y/o solicitar pruebas de laboratorio u otra prueba especializada según lo indicado para el diagnóstico de mi condición médica o la de mi hijo menor. Entiendo que los expedientes médicos serán mantenidos en forma confidencial; sin embargo, yo reconozco que la información podría ser compartida con otros proveedores de salud que están asociados con KHEIR de acuerdo con prácticas aceptables y de acuerdo a las leyes.

Adultos mayores de 18 años

Tengo 18 años de edad o más o soy un menor de edad legalmente emancipado.

Apellido	Primer Nombre	(Inicial o Segundo Nombre.)
Fecha de Nacimiento: ____ (mes) ____ (día) ____ (año)		
Firma: _____	Fecha: ____ (mes) ____ (día) ____ (año)	

Menores de 18 años

Soy el padre/madre/guardián de:

Apellido del Menor	Primer Nombre de Menor	(Inicial o Segundo Nombre)
Fecha de Nacimiento: ____ (mes) ____ (día) ____ (año)		
Nombre de Madre/Guardián:	Nombre de Padre:	
Número de Teléfono:	Número de Teléfono:	
Firma: _____	Fecha: ____ (mes) ____ (día) ____ (año)	

Autorizo el tratamiento de mi hijo/a menor de edad si no puedo estar presente. ☐ SI ☐ NO

(Si seleccionó "SI", se completa la siguiente forma llamada "Caregiver's Authorization Affidavit")