



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra de imprenta)						
Apellido		Primer Nombre		Inicial	Fecha de Nacimiento	
Dirección		Apto./Unidad	Ciudad		Estado	Zona Postal
Seguro Social ____-____-____	ID/Número de Permiso de Conducir		Genero al Nacer <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Correo Electrónico		
Por favor, marque el teléfono principal: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa () <input type="checkbox"/> Teléfono Celular () <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo ()						
Idioma Principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros:			Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Raza (marque todas las que procedan) <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Indígena Americano/ <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Negro/ <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Guamanés o Chamorro <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarado/Optar por no declarar			Etnia <input type="checkbox"/> Mexicano/ México-Americano/ Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro Origen Hispano, Latino o Español <input type="checkbox"/> Origen no Hispano, Latino o Español <input type="checkbox"/> No declarado/ Optar por no declarar			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho						
Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Optar por no divulgar <input type="checkbox"/> Desconocido						
Identidad de Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Transexual (F - M) <input type="checkbox"/> Mujer Transexual (M - F) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Optar por no divulgar <input type="checkbox"/> Desconocido						
Seguro de Médico <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros (especifique):						
Trabaja usted en el campo agrícola? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique cual: <input type="checkbox"/> Sigue las cosechas <input type="checkbox"/> Tabaja por temporada			Algún miembro de su familia es trabaja en el campo agrícola? Indique cual: <input type="checkbox"/> Sigue las cosechas <input type="checkbox"/> Tabaja por temporada			
Es usted Veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Se encuentra sin donde vivir? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no tiene hogar, indique cómo vive (marque una opción): <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar (refugios, alojamiento temporal) <input type="checkbox"/> Transicional (centro, comunidad, hogar) <input type="checkbox"/> Comparto casa (vivir con otras personas temporalmente, mudarse a menudo) <input type="checkbox"/> Calle (acera, coche, parque, puerta, edificio abandonado) <input type="checkbox"/> Viviendas de apoyo permanente (alquiler, sin límites de tiempo) <input type="checkbox"/> Otros (hotel, motel, ocupación diaria en habitación individual) <input type="checkbox"/> No identificado						
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE, PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL (si procede)						
Apellido		Primer Nombre		Relación con el Paciente	Fecha de Nacimiento	
Por favor, marque el teléfono principal: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa () <input type="checkbox"/> Teléfono Celular () <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo ()						



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

CONTACTO DE EMERGENCIA			
Apellido	Primer Nombre	Relación con el Paciente	Fecha de Nacimiento
Por favor, marque el teléfono principal: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa () <input type="checkbox"/> Teléfono Celular () <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo ()			
PROGRAMA DE DESCUENTO			
Unicare Community Health Center ofrece servicios de atención primaria completos y de alta calidad a las personas necesitadas, independientemente de su capacidad de pago. En Unicare, usted no será rechazado aunque no tenga seguro médico. El Programa de Descuento es un programa que puede ofrecerle un descuento en sus servicios médicos, dentales o de salud mental. El programa establece un descuento en lo que paga basado en el número de familia e ingresos anuales. Tamaño del hogar: _____ Ingreso anual del hogar: \$ _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar Desea inscribirse en el Programa de Descuento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
FARMACIA			
Nombre de la Farmacia Preferida: _____ Número de Teléfono: () Dirección de la Farmacia: _____			
CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LLAMADAS TELEFÓNICAS Y MENSAJES SMS			
Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas y/o mensajes SMS (incluidos mensajes de texto) de Unicare Community Health Center, o de otras personas que se comuniquen en nombre de Unicare al número o números específicos que he proporcionado. Como parte de este consentimiento, declaro y garantizo lo siguiente: <ol style="list-style-type: none">(1) Soy el propietario o usuario autorizado del número o números del teléfono móvil identificado a continuación. Notificaré a Unicare inmediatamente si ya no soy el propietario o usuario autorizado del número o números de este teléfono móvil(2) Unicare u otros que se comuniquen en su nombre podrán llamar y/o enviar mensajes SMS en diversos formatos y con diversos contenidos, incluidos, entre otros, llamadas telefónicas y/o mensajes SMS sobre próximas citas.(3) Soy el único responsable de los gastos de llamadas telefónicas y/o mensajes y datos asociados a dichas llamadas telefónicas y/o mensajes SMS.(4) Puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento llamando a mi clínica Unicare. Por favor, espere 2-3 días hábiles para el procesamiento. Nombre impreso: _____ Firma: _____ Número de teléfono: () Número de teléfono alternativo: () <input type="checkbox"/> NO doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas y/o mensajes SMS (incluidos mensajes de texto) de Unicare Community Health Center. Entiendo que mi experiencia con el servicio (s) que dependen de las comunicaciones a través de llamadas telefónicas y / o mensajes SMS (incluyendo mensajes de texto) puede verse afectada.			



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR EL PORTAL DEL PACIENTE/HEALOW

Unicare Community Health Center ofrece visualización y comunicación segura a través de su computadora, teléfono celular o tableta, como un servicio a los pacientes que desean ver partes de su expediente médico y comunicarse con nuestro personal y proveedores de atención médica. El Portal del Paciente, Healow, está diseñado para mejorar la comunicación entre el proveedor y el paciente. Tenga en cuenta que todas las comunicaciones a través de Healow se incluirán en su registro permanente de paciente. Una vez que se haya registrado como paciente y nos haya proporcionado su dirección de correo electrónico segura, recibirá un correo electrónico con un enlace para registrarse.

Una vez registrado en Healow, podrá:

- actualizar su información de contacto
- ver sus resultados de laboratorio
- ver su resumen médico, lista de medicación, historial de tratamiento y fechas de visita

No se aceptará lo siguiente a través de Healow:

- solicitar citas
- solicitar cualquier medicación y/o reposición de recetas
- solicitudes de narcóticos/medicamentos controlados
- solicitar consejo sobre el mejor tratamiento para su(s) problema(s) médico(s). Todos los diagnósticos los realizará su proveedor cuando le vea en una visita al consultorio

Seleccione sólo uno (marque la casilla):

- Por la presente doy mi consentimiento para utilizar el Portal del Paciente/Healow. Entiendo que al registrarme para usar Healow, recibiré una copia de los riesgos y medidas de privacidad y seguridad que requerirán mi aceptación para proceder.
- NO doy mi consentimiento para utilizar el Portal del Paciente/Healow.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR LEGAL

Certifico que he rellenado este formulario con la verdad y según mi leal saber y entender.

Firma del paciente/padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre y relación (si no es el paciente): _____

FOR OFFICE USE ONLY

Registering Patient Service Rep:

Patient MRN: