

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO (S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE / INICIAL		NOMBRE ANTERIOR / NOMBRE PREFERIDO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		SEXO AL NACER (Marque su respuesta con un círculo) Masculino Femenino	
DIRECCIÓN PRINCIPAL/DE FACTURACIÓN				NÚMERO DE TELÉFONO			
DIRECCIÓN ALTERNA				MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO			
ESTADO CIVIL (Circule Uno) Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) legalmente				IDIOMA PRIMARIO (Circule Uno) Inglés Español Lenguaje de Señas Americano Criollo Criollo Haitiano Otro: _____			
CONTACTO DE EMERGENCIA		NOMBRE		TELÉFONO		RELACIÓN	
FARMACIA DE PREFERENCIA				MÉDICO DE CABECERA			
ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> No vive en la calle <input type="checkbox"/> Vive con alguien <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle				RAZA <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameno o Chamorro <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otra isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamése <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza			
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> De Temporada				ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> No – hispano o latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> desconocido			
BARRERA DE LENGUAJE (Circule uno) SÍ NO				¿ES VETERANO(A) DEL SERVICIO MILITAR? (Circule uno) SÍ NO			

Las agencias de financiamiento nos exigen que obtengamos la siguiente información de nuestros pacientes con fines estadísticos. Esto nos ayudará a obtener subsidios para apoyar a los programas de ayuda comunitaria y los programas para pacientes con necesidades especiales. Su información permanece privada y confidencial y no se comparte con ninguna agencia u organización.

NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA: _____	INGRESO ANUAL DE LA VIVIENDA: \$ _____
--	--

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (si es diferente al paciente)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Número de Seguro Social		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	
RELACIÓN CON EL PACIENTE					

POR FAVOR MUESTRE TODAS SUS TARJETAS DE SEGURO MÉDICO A LA RECEPCIONISTA

SEGURO MÉDICO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR # # DE GRUPO	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DEL TRABAJO)		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	CANTIDAD DEL COPAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Si Aplica)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR # # DE GRUPO	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	MONTO DEL COPAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Por la presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de Shenandoah Valley Medical System, Inc. que opera como Shenandoah Community Health (SCH).

Los pacientes que no puedan acudir a su cita programada deben cancelar al menos un día antes de la cita. Las citas canceladas el mismo día o que no se cancelen del todo, pueden someter al paciente a restricciones de programación después de la tercera ocurrencia. No aplica para los servicios de Salud Mental.

Reconozco que soy consciente de que el "*Aviso de prácticas de privacidad*" de SCH para información médica protegida está disponible en el área de espera de cada departamento o en el sitio web shencommhealth.com. Una copia impresa está disponible si usted la solicita.

Autorizo al personal de SCH a tomar mi fotografía o escanear mi identificación con fotografía y colocarla en mi expediente médico electrónico para fines de identificación. Además, también doy mi consentimiento a SCH para tomar fotografías de erupciones, endoscopia, colonoscopia y otras imágenes médicas con el propósito de documentación médica. Entiendo que las fotografías estarán protegidas como parte de mi expediente médico y, a menos que la ley federal o estatal exija lo contrario, como se indica en el "*Aviso de prácticas de privacidad*" de SCH, no se divulgarán sin mi autorización.

Durante el curso de la atención y el tratamiento, entiendo que pueden ser necesarios varios tipos de exámenes, pruebas, diagnósticos o procedimientos. Esto puede incluir, entre otros, exámenes de audición y / o visión, pruebas de laboratorio, exámenes de detección de drogas en la orina, inyecciones, materiales, equipo y otras pruebas que el proveedor considere necesarias. Si tengo alguna pregunta sobre estos procedimientos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional. También entiendo que mi proveedor puede pedirme que firme documentos adicionales de consentimiento informado relacionados con procedimientos específicos.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro a Shenandoah Valley Medical System, Inc. por los servicios médicos que se me prestaron. Entiendo que soy responsable del pago de los honorarios de los servicios médicos que se me prestan y que no están cubiertos por el seguro ni por terceros pagadores, incluidos copagos, deducibles y montos no cubiertos.

Si el cliente es menor de edad, un padre / tutor legal está informado y da su consentimiento para este tratamiento.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha

Firma del Padre o Tutor (Si el paciente es un menor)

Fecha

Testigo

Fecha





Formulario de Consentimiento Médico

Fecha: _____

Primer nombre del menor

Apellido del menor

Fecha de nacimiento

Nombre de los padres, dirección y número telefónico

Por la presente designo a:

Nombre: _____

Relación con el menor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Como la persona que durante mi/nuestra ausencia autorizará los consentimientos para todos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos, vacunas, exámenes diagnósticos, etc.; los cuales pueden ser necesarios durante nuestra ausencia, sin limitar en forma alguna las autorizaciones y designaciones anteriores. **Esta autorización es válida por un año a no ser que se revoque por escrito.**

Nombre del proveedor médico/Teléfono:

Enumere las alergias y las medicinas que tome actualmente, de haberlas:

Shenandoah Valley Medical System, Inc., opera como Shenandoah Community Health, su directiva y empleados, y todos los proveedores médicos que proporcionen cuidados, quienes hayan sido autorizados por la antes nombrada para actuar como persona designada con la misma validez y efecto como si fuera llevado a cabo personalmente por nosotros. El consentimiento y autorización deben incluir y extenderse a todos los asuntos para los cuales se requiera consentimiento y autorización de acuerdo con las normas que rigen dichos servicios, los cuales se presten a los menores antes mencionados. De conformidad con el presente documento, estamos de acuerdo en pagar todos los servicios prestados.

Firma del padre

Firma de la madre

En caso de que solo uno de los padres ejecute este formulario, por favor declare a continuación el motivo por el cual la firma del otro padre no se puede obtener:



Shenandoah Valley Medical System, Inc. hace negocios como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Salud y Servicios Humanos y tiene estatus otorgado por el Servicio Federal de Salud Pública para ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.