



Community Health Center

& Placerville Health and Wellness Center

4327 Golden Center Drive, Placerville 4641 Missouri Flat Road Placerville (530) 621-7700

Bienvenido a El Dorado County Community Health Center:

Por favor llegue el día y la hora que aparece en la tarjeta de citas. Si no son capaces de asistir a esta cita debe llamar por lo menos 24 horas de anticipación para reprogramar o cancelar, al hacer esto nos permitirá dar cabida a otros pacientes que necesitan atención médica.

Se adjuntan las siguientes formas: Cuestionario de Salud, **Hoja de Información para el paciente y el consentimiento de Privacidad**. Por favor completar todos los formularios adjuntos y traerlos a su cita. Algunas de las otras cosas importantes que usted debe traer a su cita son los siguientes:

- Los medicamentos actuales y / o vitaminas que esté tomando
- Tarjeta de seguro de cobertura
- Los registros médicos anteriores o sus nombres, direcciones y números de teléfono

Participamos en los planes de seguros médicos más grandes y presentamos un reclamo a ellos como una cortesía. Será necesario que usted traiga su tarjeta de seguro cada vez que visita esta oficina. Co-pagos y deducibles serán recogidos en el momento del servicio. Vamos a dar cabida al aceptar el pago en forma de dinero en efectivo, cheque, Visa o MasterCard. *Nosotros no participamos en los casos de Compensación o factura de cualquier tipo de accidentes de vehículos.*

Los menores deben tener un formulario de consentimiento firmado en archivo de un padre o tutor legal para ser tratados en El Dorado County Community Health Center. .

Si tiene preguntas, por favor llámenos al 530-621-7700. Un representante responderá a las llamadas durante las horas de trabajo entre las 8:00 am hasta las 5:00 pm.

Nos complace que haya elegido al El Dorado County Community Health Center como proveedores de atención primaria y esperamos poder ofrecerle la mejor atención médica.

Atentamente,
El personal y los proveedores en El Dorado County Community Health Center.



Community Health Center & Placerville Health and Wellness Center

4327 Golden Center Drive, Placerville 4641 Missouri Flat Road Placerville (530) 621-7700

Forma de Registración

INFORMACION PERSONAL

Apellido: _____ Nombre: _____ IN _____

Otro nombre que ha usado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección del hogar: _____ # Seguro Social _____

Ciudad: _____ Estado: ____ CP _____ Sexo: M _____ F _____ Transgénero _____

Otra Dirección Postal (si es diferente) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (casa). (____) _____ - _____ Dejamos mensaje? Breve Extendido No mensaje

Número de Celular: (____) _____ - _____ Dejamos mensaje? Breve Extendido No mensaje

Número de Trabajo (____) _____ - _____ Ext. _____ Nombre de la farmacia _____

Estatus Maritales (por favor de circular uno) Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Unión Libre

INFORMACION DEL PADRE(S) O GUARDIAN (Si el paciente es un menor de edad completar esta sección)

Apellido: _____ Nombre: _____ IN _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ CP _____

Número de Teléfono (casa). (____) _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Celular: (____) _____ - _____ # Seguro Social del Guardián _____

Número de Teléfono del Trabajo (____) _____ - _____ Relación con el paciente: Madre Padre Otro

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____

INFORMACION SOBRE LA ASEGURANZA DEL PACIENTE

Nombre del Seguro Medico	Nombre de seguro médico <u>Primaria</u>	Nombre de seguro médico <u>Secundaria</u>
Relación con el Paciente	Num. de Identificación	Num. Del Grupo

Política de pago

El Dorado Community Health Center es una organización de atención de salud. Dependemos de su pronto pago por los servicios para poder seguir proveyendo calidad y bajo costo para nuestra comunidad. Requerimos el pago en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos con nuestro departamento de contaduría antes de la visita. Nosotros le facturaremos a su compañía de seguros primaria, pero solicitamos que usted abone el copago, y cualquier deducible que no haya alcanzado al momento del servicio. Le facturaremos al seguro suplementario por nuestros pacientes de Medicare. Cualquier monto adeudado después que su seguro pague su parte se lo facturaremos a usted. El pago debe hacerse contra recibo de la fractura. Se le pedirá que present su carne del seguro en cada visita.

(Por favor completar la parte de atrás)

Información Adicional del Paciente

Al responder a las siguientes preguntas, usted nos dará información que necesitamos para adquirir fondos para ayudar a los residentes sin seguro médico de nuestra comunidad. Esta información también nos ayudara a reconocer a los clientes que puedan calificar para los programas o servicios de financiación especial. El Centro de Salud es una organización no lucrativa dedicada a servir a las necesidades de nuestra comunidad. Por favor, ayúdenos dando esta información que será confidencial y pasara a ser parte de su expediente medico.

(Por favor de responder a todas las preguntas)

No. de personas que viven en el hogar. _____ **Ingreso mensual por familia en bruto. \$** _____

Empleado: Tiempo completo: Si _____ No _____ Medio tiempo: Si _____ No _____ Retirado: Si _____ No _____

Estudiante: Tiempo completo: Si _____ No _____ Medio tiempo: Si _____ No _____

Nombre de Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

Raza: _____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Asia _____ Negro/Afro Americano,
_____ Hispano o Latino _____ Blanco _____ Nativo de las Islas Del Pacifico
_____ Otras Islas Del Pacifico _____ Otro _____ Mas de una raza
_____ Me reuso dar información

Grupo Étnico: Hispano/Latino _____ Si _____ No _____

¿En que Idioma(s) se comunica usted? _____

¿En que Idioma(s) prefiere que nos comuniquemos con usted? _____

Tipo de Vivienda/Características: ¿El paciente ha estado sin hogar alguna vez desde enero de este ano? _____ Si _____ No _____

Y si es así, Nombre del Refugio, _____ Vivienda Compartida _____ o En la Calle _____

¿Trabaja en cual quiera de las siguientes áreas? Agricultura _____ o Trabajo Especializado _____

¿A usted Veterano del Servicio Militar? Si _____ No _____

Consentimiento

Con el propósito de dar tratamiento, facturar a su seguro, o divulgar la información requerida por su agente de seguros, debemos obtener su consentimiento poniendo sus iniciales en las áreas indicadas y registrando su firma abajo.

1. Consentimiento para Tratamiento: por la presente autorizo y consiento los procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de mí y de mi familia mientras sea paciente de El Dorado County Community Health Center. _____(iniciales)
2. Divulgación de información: Autorizo y consiento la divulgación de información para los procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de mí y de mi familia mientras sea paciente de El Dorado County Community Health Center. _____(iniciales)
3. Asignación de Beneficios: Autorizo el pago de los beneficios médicos a El Dorado County Community Health Center por los servicios profesionales prestados. _____(iniciales)

Su firma debajo indica que usted ha leído, entendido y acordado la política de pago, y los consentimientos

Firmado: _____ Fecha: _____

Paciente o parte responsable