

ALL PEOPLE'S HEALTH CENTER

PATIENT REGISTRATION FORM (SPANISH)

FECHA:

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO:		NOMBRE:		I		[] MUJER [] HOMBRE	
DIRECCION		CIUDAD:		ESTADO:		CODIGO POSTAL:	
TELEFONO:		CELLULAR:		FECHA DE NACIMIENTO:		# DE SEGURO SOCIAL:	
ESTADO CIVIL: [] S [] C [] V [] D				REFERIDO/A POR:			

INFORMACION DE PERSONA RESPONSIBLE

NOMBRE:		RELACION AL PACIENTE: [] MADRE [] PADRE [] TUTOR LEGAL [] MISMO					
NOMBRE DE EMPLEADOR:				NUMERO DE TELEFONO:			

INFORMACION DE EL SEGURO MEDICO

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO PRIMARIO:							
APELLIDO:		NOMBRE:				I	
RELACION AL PACIENTE:		# DE GRUPO:		# DE IDENTIFICACION:			
NOMBRE DE EL SEGURO MEDICO SECUNDARIO:							
APELLIDO:		NOMBRE:				I	
RELACION AL PACIENTE:		# DE GRUPO:		# DE IDENTIFICACION:			

INFORMACION SOBRE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE:		RELACION AL PACIENTE:					
DIRECCION:		CIUDAD:		ESTADO:		CODIGO POSTAL:	
HOME PHONE:		CELL PHONE#:					

SERVICIOS DE LINGUISTICA

IDIOMA PRICIPAL:		OTRO IDIOMA:					
REQUIERE DE UN INTERPRETE: [] SI [] NO		ES EL PACIENTE SORDO O MUDO? [] SI [] NO					

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

TIENE USTED UNA DIRECTIVA ANTICIPADA FIRMADA? [] SI [] NO SI SU RESPUESTA ES SI POR FAVOR PROVEE UNA COPIA A NUESTRA OFICINA							
DESEA OBTENER INFORMACION SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS? [] SI [] NO							

ASIGNACION, AUTORIZACION, & CONCENTIMIENTO PARA MENORES

Yo doy autorizacion a los doctores de All People's Health Center, Inc. que administren los exámenes, tratamientos o medicamentos que el/ella vean necesarios o terapeutica para mis presente condicion(es). Tambien autorizo a All People's Health Center, Inc. que provee infomacion sobre de mi presente condicion(es) a agencias de mi seguro medico y le doy la autorizacion irrevocable a los doctores para que recivan compensacion por los servicios que me proveen.

Por este medio hago peticion y doy consentimiento para procedimientos diagnosticos, examinacion CHDP, rayos X, exámenes de sangre, tratamiento medico y dental, incluyendo inmunizaciones, los cuales se crean aconsejables por el personal de All People's Health Center, Inc..

Reconozco que he leído este formulario de consentimiento y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de discutirlo, y las preguntas que he hecho se me han constestado a mi satisfaccion completa.

Siendo el padre/guardian legal de el paciente menor, yo doy mi concentimiento para que los procedimientos necesarios sean hechos este o no presente.

Estoy de acuerdo que mi firma debe ser suficiente autorizacion. Si en el futuro necesito servicios de adicionales de All People's Health Center, Inc., estoy de acuerdo para que esto sea autorizado a traves del telefono, o una carta firmada dando mi concentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE/ PADRE/TUTOR LEGAL						FECHA:	
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--------	--