



Sandhills Medical Foundation, Inc.
INFORMACION DEL PACIENTE

Información Básica (Presente una identificación con foto)

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ (mes) / _____ (dia) / _____ (año) Seguro Social: _____ / _____ / _____

Paciente menor de edad: Padre / Tutor: _____ #Telefono: _____
 Fecha de nacimiento del padre/tutor: _____ / _____ / _____ Seguro Social: _____ / _____ / _____
mes dia año

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono: _____ casa celular # alternativo: _____

Email (requerido para acceso a servicios en Internet): _____

Contacto de emergencia: Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
 # Telefono: _____ direccion: _____

Seguro Medico / Medicare / Medicaid (presente tarjeta de su seguro si es applicable)

Marque los que corresponden: Medicare Medicaid Seguro med.

Nombre del Seguro: _____ # de Grupo: _____

de Poliza: _____ Efectivo a partirde: _____ / _____ / _____
mes dia año

Asegurado: Seguro Social: _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
mes dia año

Nombre de Plan secundario: _____ # de grupo: _____

Poliza #: _____ Efectivo a partir de: _____ / _____ / _____
mes dia año

Asegurado: Seguro Social: _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
mes dia año

Le interesa solicitar nuestro programa de Bajo Costo? Si No

INFORMACION PERSONAL: Como participantes en Programas Federales, debemos de pedir la siguiente información

Sexo al nacer: Masc. Fem. No lo se Rehusa Especificar

Identificacion sexual: Masc. Fem. A Masc. Masc. A Fem. Rehusa Especificar
 Fem. Sexo neutral Otro: _____

Orientacion Sexual: Heterosexual Bisexual No lo se Rehusa Especificar
 Homosexual Lesbiana Otro: _____

Raza: Negro/Afro Americano Indio Americano/Nativo de Alaska Rehusa Especificar
 Blanco Asiatico Mas de una raza Otra: _____

Grupo Etnico: Hispano/a o Latino/a? Si No Idioma Primario: _____ Necesita Interprete? Si No

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Unión Libre

Ingresos: Número total de Personas viviendo en la casa: _____
 Ingreso Familiar total: \$ _____ Semanal Mensual Anual Rehusa Reportar

NOTIFICACION: LA INFORMACION ANTERIOR ES CONFIDENCIAL Y SERA PARTE DE SU EXPEDIENTE MEDICO

EMPLEO

Tipo de Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Jubilado Desempleado

Nombre del Empleo: _____ #Telefono: _____

Es Estudiante (Universidad, Escuela Técnica, etc.)? Tiempo Completo Medio Tiempo No

Usted es trabajado emigrante o temporal? Si No

OTRO

Tiene un Cuidador Primario? No Si: Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

#Telefono: _____ Direccion: _____

Tiene una declaración de voluntad anticipada? No Si No Resucitar Representante Medico Legal
 Testamento Vital

(Si tiene la información indicada, requerimos una copia para su expediente.)

LA INFORMACION ANTERIOR ES CONFIDENCIAL Y ES PARTE DE SU EXPEDIENTE MEDICO

Aviso sobre nuestras Pólizas de Privacidad

En Sandhills Medical Foundation, Inc., estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de acuerdo con el Acta de Seguro Medico, Portabilidad y Responsabilidades de 1996 ("HIPPA"). El aviso de las pólizas de privacidad establece:

- Como podemos usar y/o divulgar la información de salud de usted que mantenemos.
- Sus derechos relacionados con su información de salud.
- Nuestra obligación bajo la ley en relación a su información personal de salud.
- Nuestro derecho de cambiar nuestra póliza de privacidad.
- Como presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones aplicables para uso y divulgación no descritas en el Aviso.
- La persona que debe contactar para solicitar mas información sobre nuestras pólizas de privacidad.

Por ley debemos de darle por escrito una copia de nuestra Póliza de Privacidad. Y obtener de usted reconocimiento por escrito de haber recibido una copia de este aviso.

Una copia de la Póliza de Privacidad y Derechos del Paciente están en su paquete de Cliente Nuevo, disponible bajo su solicitud y ubicada en la recepción de nuestra oficina.

Reconocimiento del Paciente de Haber Recibido

Yo, _____, por este conducto declaro que he recibido una
(Escriba su nombre)

Copia de la Póliza de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente.

 Firma del Paciente / Otro

 Fecha

 Firma del Padre o representante del Paciente

 Fecha

 Descripción de Autoridad Legal para actuar en parte del Paciente