



FORMA DE REGISTRACIÓN

(La información en esta forma es requerida por nuestro reporte de Subsidio Federal y todos los pacientes deben completarla)

Nombre del Paciente: Primer Nombre		Segundo Nombre:		Apellido:	
Si el paciente es un menor – nombre de la persona responsable #1 y Fecha de Nacimiento: Responsable del pago? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Si el paciente es un menor – nombre de la persona responsable #2 y Fecha de Nacimiento: Responsable del pago? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año / /		Número del Seguro Social del Paciente:		Estado Civil: Favor de marcar uno √: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro	
Domicilio: # y Nombre de la Calle:			Apt.	Ciudad	Estado
Código Postal			Números de Teléfono: Casa (____) _____ Celular (____) _____		Nombre y número de telefono del Contacto de Emergencia:
Ocupación:			¿Tiene el paciente directivas médicas avanzadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si desea más información acerca de esto, favor de hacernos saber)		
Ingreso Bruto Mensual del Hogar \$ _____ Número Total de Familia que mantiene con estos Ingresos _____			Apellido de Soltera Materno:		

Orientación Sexual e Identidad de Género

<p>¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado original? (Marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar</p>	<p>¿Te consideras a ti mismo cómo?:</p> <p><input type="checkbox"/> Derecho o heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar</p>	<p>¿Cuál es su identidad de género actual? (Marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero / Hombre trans / Mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero / Mujer trans / Hombre a mujer (MFT) <input type="checkbox"/> Género, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional / (u otro), por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar</p>	<p>Al dirigirse a mí, utilice el siguiente pronombre:</p> <p>Pronombres:</p> <p><input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro _____</p>
--	--	---	--

A. ¿Es el paciente un veterano de cualquier rama del ejército de los EEUU? Si No

B. ¿Está el paciente sin hogar o actualmente permanece en una situación inestable de vivienda temporal? Si No

Si respondió Sí a la pregunta B, favor de contestar esta pregunta marcando el recuadro () a continuación:

Yo describiría mi condición de vivienda como: compartiendo con amigos, vecinos de la familia viviendo en un albergue de desamparados o centro de violencia domestica viviendo en una vivienda de transición (programa de vivienda transitoria) viviendo en un hotel, motel, habitación individual, Vivienda de Apoyo Permanente viviendo en las calles o en un auto o camión viviendo en un edificio abandonado, garage sin calefacción, u otro edificio inseguro.

Si contestó **Sí a la pregunta B**, favor de contestar esta pregunta: ¿Estaría el paciente interesado en una referencia a nuestro programa con el nombre de “Transitions to Wellness” donde está disponible servicios integrales y manejo de casos para personas que están desamparadas o viviendo en situación temporal de vivienda? Si No

¿Qué idioma prefiere el paciente para?	Hablar	Leer	Necesita Interprete
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ (Identifique el idioma)

Raza: Seleccione todas las que aplique al paciente

- Asiático
- Negro/Africano Americano
- Rehuso a Contestar
- Hawaiano Nativo
- Indio Nativo/Alaska
- Islas Pacificas
- Blanco

Etnicidad: Favor marque una √:

- Hispano/Latinx (H)
- No Hispano/Latinx (N)
- Rehuso a Contestar

Estado del Seguro Médico:

¿El paciente tiene seguro médico en este momento? Si No

Para Pacientes Asegurados: ¿Qué tipo(s) de aseguranza? Medi-Cal Covered California Medi-Care Otro (nombre)

Nombre del Plan: _____ ¿Está usted asignado a Northeast Valley Health Corporation? Si No No lo sé
Favor de tener una copia de su tarjeta de aseguranza cuando sea llamado(a) a registrarse.

Para Pacientes No Asegurados: El paciente puede ser elegible para un programa de bajos recursos administrado por el Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Angeles. El paciente necesitará traer documentos requeridos para aplicar a este programa. El no traer consigo esta información para la fecha indicada, podría resultar en el cobro de todos los cargos. Favor de discutir todas las opciones con un representante de la Oficina de Negocios en el Centro de Salud.

¿Está interesado en aprender más sobre nuestro programa de tarifa de descuento?

Este programa está disponible para todos los pacientes elegibles del centro de salud, independientemente del estado del seguro

- Si No

SÓLO PARA ADULTOS:

Autorización para divulgar información médica a familiares o seres queridos

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas tener acceso a mis registros médicos / dentales.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Expediente médico / dental completo	¿Alguna limitación?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

¿Cuánto tiempo le gustaría que estas personas tuvieran acceso a sus registros médicos / dentales por?:

- 1 año Sin límite de tiempo Otro _____

Para revisar el Aviso de prácticas de privacidad de NEVHC vaya a nevhc.org/resources-2/patient-resources-2/

Autorización de NEVHC para contactar al paciente

En ocasiones, es necesario que su equipo medico se ponga en contacto con usted o le deje mensajes. El propósito de nuestro contacto con usted es recordarle sobre sus citas, discutir o programar exámenes, referencias o llamar para discutir un problema o inquietud. Podemos contactarlo de varias maneras. Verifique todas las formas en que podemos comunicarnos con usted (MARQUE TODO LOS QUE APLIQUEN):

- Correo Electrónico _____@_____
- Números de Teléfono _____
- Números para mensaje de texto _____
- Correo
- NEVHC Portal de Pacientes
- Tengo las siguientes preocupaciones acerca de que me contactes: _____



Date: ____/____/____	Time: _____	Acct. No: _____
Pt. Name: _____	Enc. No.: _____	
Address: _____		
Home Phone: (____) _____	Emerg No.: (____) _____	- _____
DOB _____	Sex _____	Age _____ SSN: _____
Program: _____	Revenue Code: _____	
Medical-Cal No: _____		
AFFIX PATIENT LABEL HERE		

CONSENTIMIENTO GENERAL

Favor de indicar su aceptación a cada sección poniendo sus iniciales en las líneas a la izquierda.

- _____ 1. Yo, (nombre) _____ por este medio doy mi consentimiento a procedimientos que puedan ser realizados o proveídos por Northeast Valley Health Corporation (NEVHC), incluyendo tratamiento o servicios de emergencia y servicios que puedan incluir pero no son limitados a procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos-x, tratamiento o procedimientos médicos, dentales o quirúrgicos proveídos por un médico o dentista, o por una enfermera practicante, asistente médico u otro empleado que esté ejerciendo bajo la supervisión de un doctor o dentista.
- _____ 2. Por este medio autorizo a NEVHC que se les provea a los representantes de mi seguro con los datos necesarios médicos o dentales que se requieran, para que se lleve a cabo mi reclamo.
- _____ 3. Por este medio le asigno irrevocablemente a NEVHC, los pagos por los servicios médicos o dentales que se me proporcionen así como todos los beneficios médicos o dentales.
- _____ 4. Yo comprendo que los reglamentos del centro de salud exigen pago de los servicios cuando éstos son proveídos. Cualquier otro tipo de arreglo referente a los pagos debe ser aprobado por la oficina de negocios del centro de salud. Yo acepto responsabilidad por los pagos de mi cuenta ya sea por mi cuenta o por la cobertura de la aseguranza. Si la cuenta fuera enviada a un abogado o una agencia para cobros, yo estoy de acuerdo en pagar por los gastos del abogado y gastos del cobro de la agencia de colecciones.
- _____ 5. Yo autorizo el tomar fotos, filmar, imágenes digitales de mi condición médica o tratamiento por parte del personal clínico, y el uso de imágenes por propósitos de diagnostico o tratamiento; o por las operaciones de la clínica incluyendo revisión de colegas, educación y programas de entrenamiento conducidos por la clínica.
- _____ 6. **Para servicios dentales:** En el caso que mi proveedor dental me refiera a un especialista, Yo entiendo que es mi responsabilidad seguir a través del plan de tratamiento. Yo también entiendo que soy totalmente responsable de los resultados y reconozco que el no seguir completamente el cuidado recomendado puede llevar a complicaciones e incluso causar la muerte.
- _____ 7. **Para la planificación de la familia:** Entiendo que mi uso de servicios de planificación familiar es voluntaria, y que no he sido requerido para usar la planificación familiar o de los servicios de salud reproductiva a fin de recibir cualquier otro servicios de NEVHC.

Firma del Paciente/Padres/o encargado: _____

Parentesco si no es el padre: _____

Testigo: _____

Fecha: _____



ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT Reconocimiento de Recibo

The following patient information was discussed with me and I have been given the option to receive a copy of each of the items listed below or I can view information online at:

<http://www.nevhc.org/resources/patient-resources.html>

La siguiente información se me ha explicado y he me ha dado la opción de recibir una copia de los siguientes artículos mencionados a continuación o yo puedo ver la información en la página de internet en: <http://www.nevhc.org/es/recursos/recursos-para-pacientes.html>

- Advanced Medical Directives
Instrucciones Médicas Anticipadas
- Patient Rights
Derechos del Paciente
- Patient Responsibilities
Responsabilidades del Paciente
- Patient Complaints & Suggestions
Quejas y Sugerencias del Paciente
- Code of Ethics Summary
Resumen del Código de Etica
- Important Patient Policies
Importantes Pólizas Sobre el Cuidado del Paciente
- Summary of Notice of Privacy Practices
Resumen de la Notificación de Nuestras Prácticas de Confidencialidad-NEVHC
- Patient Grievance Procedure
Procedimiento de Quejas del Paciente
- Appointment Policy
Póliza sobre las Citas
- Other:
- Therapeutic Monitoring Program NPP (*Van Nuys Adult Only*)
Programa de Pruebas de Diagnóstico
- Dental Materials Fact Sheet from the California Dental Association (*Dental Only*)
Hoja de Datos Materiales Dentales del Consejo Dental de California

Printed Name/Nombre Escrito: _____

Signature/Firma: _____

Witness/Testigo: _____

Date/Fecha: _____



Northeast Valley Health Corporation

a californihealth⁺ center

Northeast Valley Health Corporation Acuerdo de Citas entre Paciente/Proveedor

Estimado Paciente/Padre/Guardián:

El cuidado médico y tratamiento funciona mejor cuando el proveedor y el paciente trabajan juntos. Como paciente, es su responsabilidad atender todas sus citas que haya hecho con nosotros. Northeast Valley Health Corporation (NEVHC) le asigna una hora determinada a cada paciente para ver a su proveedor. Tenemos una alta demanda para nuestros servicios médicos. Para servir a todos nuestros pacientes y darles el mejor cuidado posible es muy importante que mantengan la hora de su cita.

- Si necesita cancelar o cambiar su cita, favor de hacernos saber 24 horas antes de la hora de su cita.
- Usted puede llamar al Centro de Citas al (818) 270-9777 / (661) 705-2040 para cancelar, o cambiar su cita.
- Si pierde citas, usted podría recibir una advertencia de su proveedor. Una cita perdida puede ser por no atender, o no llamar a cambiarla, o cancelarla.
- Una vez que usted haya recibido la advertencia, y siga faltando a más citas, usted podría ser terminado de nuestros cuidados de servicios médicos en NEVHC.

Yo he leído y entendido la Póliza de Citas descrita anteriormente y estoy de acuerdo en seguir esta póliza:

Nombre del Paciente

MR# _____

Firma del Paciente/Padre/Guardián

Fecha: _____