

# REGISTRATION FORM

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
*Primer Segundo Apellido*

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo al nacer (masculino o femenino) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle/Avenida Ciudad, Estado, Código Postal

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Número de teléfono de domicilio \_\_\_\_\_

### Método de Contacto Preferido

- Portal electrónico (*a través de mensajes seguros*)
- mensaje de voz • correo electrónico • texto

Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje? • Sí • No

Etnicidad • Hispano • No-Hispano • Negarse a contestar

Último grado completado \_\_\_\_\_

- Raza • Negro/Afroamericano • Caucásico (*blanco*)
- Indio Americano/Nativo de Alaska • Asiático
  - Nativo Americano de las Islas Pacíficas • Nativo Hawaiano
  - Razas Múltiples • Negarse a contestar

Vivienda pública • Sí • No

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Género (*por favor solo marque una casilla*)

- Masculino
- Femenino
- Hombre transgénero (*femenino a masculino*)
- Mujer transgénero (*masculino a femenino*)
- Otro
- Negarse a contestar

Orientación Sexual (*por favor solo marque una casilla*)

- Heterosexual
- Gay
- Lesbiana
- Bisexual
- Otro
- No lo sé
- Negarse a contestar

Empleador \_\_\_\_\_

Veterano • Sí • No

País de Origen \_\_\_\_\_

Estado civil • Soltero(a) • Casado(a) • Separado(a) • Divorciado(a) • Viudo(a)

Language Preferido \_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_

## PARA NIÑOS

Nombre de la Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Niño(a) vive con • Madre • Padre • Guardián

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

Las personas mencionadas anteriormente pueden firmar el consentimiento para el tratamiento en nombre de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente, doy permiso a la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación para recibir información sobre la atención del paciente mencionado anteriormente.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

\*Las personas mencionadas anteriormente NO pueden firmar el consentimiento para el tratamiento en nombre de mi hijo(a).

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el paciente • Espos(a) • Hijo(a) • Otro (*por favor especifique*) \_\_\_\_\_

# REGISTRATION FORM

## INFORMACION FINANCIERA/SEGURO (por favor facilite su tarjeta de seguro médico al recepcionista)

Nombre de la persona responsable por la factura \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle/Avenida Ciudad, Estado, Código Postal

Ingresos del hogar \$ \_\_\_\_\_  
• Anual. • Mensual. • Semanal. • Quincenal

Número de Dependientes  
esposa(a)/niños menores de 18

Seguro Primario \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Número de Póliza \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Número de Póliza \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado • Usted • Esposo(a) • Hijo(a) • Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

### Complete a Continuación SOLO Para Seguro Privado

Nombre del Empleador

Número de Teléfono del Empleador

Grupo #

### CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y AVISO DE PRIVACIDAD

La información anterior es verdadera al alcance de mi conocimiento. Por la presente, doy mi consentimiento a Optimus Health Care y a sus proveedores médicos para cualquier evaluación médica y tratamientos necesarios.

Reconozco que he revisado Optimus Health Care

- Aviso de práctica de privacidad
- Política de incumplimiento de citas y,
- Declaración de derechos del paciente en el idioma de mi entendimiento

También entiendo que puedo solicitar otra copia en cualquier momento. Autorizo a Optimus Health Care, Inc. o compañía de seguros a revelar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado, independiente del seguro o las adaptaciones de terceros.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha



### Derechos del Paciente

Todos los pacientes de Optimus Health Care, Inc. tienen derechos y responsabilidades mencionadas a continuación:

1. El paciente tiene derecho a información y confidencialidad sobre su condición médica y plan de tratamiento.
2. El paciente tiene derecho a información sobre los servicios y sistema de cobertura después de horas de oficina que ofrece Optimus Health Care, Inc.
3. El paciente tiene el derecho a información sobre proyectos de investigaciones que puedan incluirlo/la, y el derecho de negarse a participar en tal proyectos.
4. El paciente tiene el derecho a su expediente médico cuando lo solicite.
5. El paciente tiene el derecho a información sobre nuestro costo, cargos y póliza de reembolso de Optimus Health Care, Inc.
6. El paciente tiene derecho a recibir tratamiento ofrecido con consideración, respeto y privacidad.
7. El paciente tiene derecho de ser evaluado para el dolor y ser tratado o referido a un especialista.
8. El paciente tiene el derecho a una segunda opinión de otro médico de su preferencia.
9. El paciente tiene el derecho a presentar su queja, solicitando una resolución sobre su asunto. Tienen el derecho a pedir que se hagan cambios en procesos según afectan los servicios que se les provee. Tienen el derecho a comunicarse directamente con la junta de comisión por la cual estamos acreditados al [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org).

### No Mostrar Política

Información para nuestros pacientes con respecto a Optimus Health Care Inc., no mostrar política

Estimado paciente, por favor tenga en cuenta lo siguiente:

- ❖ Si usted pierde (3) citas dentro de un período de (6) mes usted será marcado como un "frecuente no show" paciente y sólo se le permitirá programar una cita durante las horas de oficina designadas.
- ❖ Esta póliza se aplica a los pacientes médicos, dentales, pediátricos, de salud conductual y de Ginecología.
- ❖ todavía le proporcionaremos cuidado durante las horas designadas. Este es un esfuerzo para mejorar el acceso a la atención de todos los pacientes.
- ❖ usted tiene el derecho de apelar la política de no show. El personal de la oficina puede guiarle en el proceso. Una decisión será tomada dentro de 30 días.