



Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: __/__/____			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero, se identifica como: M o F		
Escuela: (si corresponde)			Médico de atención primaria:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
¿Es esta dirección temporal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Teléfono principal: ()			Otro teléfono: ()		
Información de contacto en caso de emergencia:					
Apellido:		Primer nombre:		Teléfono: ()	Relación con el paciente:
Su equipo de atención médica podría usar su dirección y número de teléfono para comunicarse con usted cuando sea necesario comunicarle información importante. Si no es posible comunicarse con usted por motivos de confidencialidad, se le pide que hable al respecto con el personal de Bethel Health Center. Indique una forma de contacto alternativa que se pueda utilizar cuando necesite atención médica.					
Idioma principal:		<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Idioma que se habla en el hogar:		<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Necesita un intérprete?:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Situación de vivienda- Marque la opción que describa mejor a su casa:					
<input type="checkbox"/> Alquilada		<input type="checkbox"/> Propia		<input type="checkbox"/> Compartida	
<input type="checkbox"/> Sin hogar, viviendo en la calle, campamento, puente, automóvil		<input type="checkbox"/> Otro: _____			
<input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar					
Raza y origen étnico- Marque TODO lo que corresponda:					
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai	
<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Negro	
<input type="checkbox"/> Indio americano					
¿Se considera usted hispano/latino? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Persona responsable o garante:					
<input type="checkbox"/> Usted mismo Si no es así, complete lo siguiente:					
Apellido:		Primer nombre:		Relación con el paciente:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	Fecha de nacimiento: __/__/____
El Bethel Health Center ofrece un programa de escala móvil/descuentos y no rechazará a nadie por no poder pagar. Si necesita ayuda financiera, marque esta caja: <input type="checkbox"/>					

Nombre del paciente _____

<input type="checkbox"/> Sin seguro médico				<input type="checkbox"/> Oregon Health Plan		<input type="checkbox"/> Seguro privado	
Compañía de seguros principal		Número de Grupo:		No. de ID/No. de Póliza:		Fecha de vigencia:	
Asegurado:		Relación con el paciente:		Fecha de nacimiento:		Número de teléfono:	

Asignación de beneficios/Divulgación de información a la compañía de seguro

Por este medio autorizo que se efectúe el pago directamente a Bethel Health Center de todos los beneficios de seguro que me corresponda pagar respecto de los cuales tengo derecho a que se me cubran los gastos médicos, quirúrgicos y/u hospitalarios. Comprendo que soy financieramente responsable ante Bethel Health Center de los cargos que no cubran mis beneficios del seguro y que soy directamente responsable del pago de todos los cargos independientemente de la cobertura de seguro. Por este medio autorizo a Bethel Health Center a suministrarle a mi(s) Compañía(s) de Seguro toda la información que esta(s) le pueda(n) solicitar y/o exigir respecto a mis enfermedades y/o lesiones, incluidas las psiquiátricas, de drogas, abuso de alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, liberando por lo tanto a Bethel Health Center de toda responsabilidad por suministrar dicha información.

Tarifas

Comprendo que a los clientes de Bethel Health Center se les pedirá que paguen una tarifa dependiendo del servicio prestado en cada visita. Sin embargo, no se rechazará a ningún cliente de Bethel Health Center por no poder pagar.

_____ **Paciente/Padre/Tutor legal Firma** _____ **Fecha**

Escriba sus iniciales en todas las casillas

Consentimiento para recibir tratamiento

Por este medio doy mi consentimiento para recibir servicios de salud, incluidos, médicos, dentales, de salud mental, cirugía, servicios regulares y de emergencia, según se determine que sea lo mejor para mi bienestar, el de mi hijo o persona a mi cargo, en caso de que yo sea el padre o tutor legal. Esta autorización continuará vigente hasta que sea revocada por escrito o el cliente ya no califique para recibir servicios. El consentimiento para recibir tratamiento se renueva todos los años.

Recepción de los Derechos y las Responsabilidades

Reconozco haber recibido una copia de los Derechos y las Responsabilidades de Bethel Health Center.

Aviso de las Prácticas de Privacidad

Reconozco haber recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de Bethel Health Center.

Reconocimiento de la Notificación Obligatoria

Comprendo que Bethel Health Center está obligado por ley a notificar toda situación insegura a Bienestar Infantil o a la policía.

_____ **Paciente/Padre/Tutor legal Firma** _____ **Fecha**