

Registro Para Pacientes Adulto – Centro de Diagnóstico Prenatal

Instrucciones: Por favor complete toda la información que **es aplicable**.

Información del Paciente		
Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre):		Fecha de Nacimiento:
Estado Civil:	Sexo:	Número de Seguro Social:
Domicilio:		
Número de Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:	
Correo Electrónico:		
¿Idioma Preferido?		¿Necesita un Intérprete? ☐ Sí ☐ No
¿Como le gustaría recibir sus recordatorios? ☐ Mensaje de texto ☐ Llamada telefónica ☐ No quiero recordatorios		¿Está empleado el paciente? ☐ Sí ☐ No Si sí, nombre del empleador:
Nombre del Médico Primario:		Estatus de Empleo: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo

Contactos del Paciente	
En caso de una emergencia, por favor escriba los nombres de las personas (madre/padre, abuelos, etc) a la cual debemos de contactar:	
(1) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿Es igual el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? ☐ Sí ☐ No	
Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	Parentesco al Paciente: ☐ Madre/Padre ☐ Esposo/a ☐ Pareja ☐ Tio/a ☐ Hermano/a ☐ Otro Pariente ☐ Tutor/Cuidador ☐ Amigo/a
(2) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿Es igual el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? ☐ Sí ☐ No	
Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	Parentesco al Paciente: ☐ Madre/Padre ☐ Esposo/a ☐ Pareja ☐ Tio/a ☐ Hermano/a ☐ Otro Pariente ☐ Tutor/Cuidador ☐ Amigo/a

Información del Seguro Médico Primario

Nombre del Seguro Médico Primario:

Número de la Póliza:

Número del Grupo:

¿Quien es el suscriptor de este plan? ☐ Yo ☐ Contacto Número Uno (1) ☐ Contacto Número Dos (2) ☐ Alguien Más

Si es "Alguien Más" por favor escriba el nombre completo y el domicilio del indicado:

Parentesco al Paciente: ☐ Madre/Padre ☐ Esposo/a ☐ Pareja ☐ Otro Pariente

Número de Teléfono de Casa y/o Celular:

¿Está **empleada** esta persona? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Empleador del Suscriptor:

☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Retirado

Fecha de Nacimiento del Suscriptor:

Sexo:

Número de Seguro Social:

Información del Seguro Médico Secundario

Nombre del Seguro Médico Secundario:

Número de la Póliza:

Número del Grupo:

¿Quien es el suscriptor de este plan? ☐ Yo ☐ Contacto Número Uno (1) ☐ Contacto Número Dos (2) ☐ Alguien Más

Si es "Alguien Más" por favor escriba el nombre completo y el domicilio del indicado:

Parentesco al Paciente: ☐ Madre/Padre ☐ Esposo/a ☐ Pareja ☐ Otro Pariente

Número de Teléfono de Casa y/o Celular:

¿Está **empleada** esta persona? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Empleador del Suscriptor:

☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Retirado

Fecha de Nacimiento del Suscriptor:

Sexo:

Número de Seguro Social:

¿Cómo Se Enteró De Nosotros?

☐ Pariente/Familia/Amistad ☐ Doctor ☐ Internet/Televisión/Radio ☐ Seguro Médico ☐ No Se

Nombre del doctor quien los refirió:

Si está embarazada, ¿cuál es su fecha de parto esperada?

☐ Soltero ☐ Gemelo ☐ Múltiplos

Si está embarazada, ¿su embarazo es administrado conjuntamente?

☐ Sí ☐ No

Si sí, nombre del médico remitente:

¿Ha tenido una visita previa de ultrasonido?

☐ Sí ☐ No

Si sí, ¿cuándo y dónde fue la visita de ultrasonido?

¿Cual es el Nombre y Domicilio de Su Farmacia y Laboratorio?

Firma del Paciente:

Fecha de Hoy:

¡Muchas gracias! Por favor entregue las formas a las recepcionistas.

Formulario Para Mensajes Detallados Sobre Información de Atención Médica

Tiene derecho a autorizar a los proveedores y al personal de UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) a dejar mensajes de voz detallados sobre la información de su salud en una máquina contestadora u otro sistema de grabación de voz. Si autoriza a los proveedores y al personal de UBCP a dejar mensajes de voz detallados, los hospitales, los consultorios de los proveedores, los servicios de atención médica domiciliaria, etc. tendrán permitido dejar información detallada, que puede incluir el diagnóstico médico, la información quirúrgica, otros servicios de atención médica, los resultados de las pruebas, la información sobre medicación y el tratamiento de cualquier enfermedad o afección. La autorización para dejar mensajes detallados es opcional y no es un requisito. UBCP solo dejará mensajes detallados sobre información de salud en el número telefónico autorizado a continuación y no dejará mensajes en cualquier otro número que se encuentre en el registro. La autorización para dejar mensajes de voz detallados continuará siendo válida hasta que decida revocarla por escrito, salvo que haya especificado una fecha. **Dejar mensajes de voz detallados sobre la información de su salud conlleva riesgos que incluyen, entre otros, la posible divulgación de esta información a un tercero. Al firmar este formulario de autorización, reconoce y acepta los riesgos asociados con este tipo de divulgación. En caso de ser divulgada a un tercero que, por ley, no está obligado a preservar su carácter confidencial, es posible que la información sobre su salud ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.**

Además, tiene derecho a autorizar a los proveedores y al personal de UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) a debatir sobre la información médica detallada con personas designadas. Esta información detallada puede incluir el diagnóstico médico, la información quirúrgica, otros servicios de atención médica, los resultados de las pruebas, la información de la medicación y el tratamiento de toda enfermedad o afección. Esta autorización es opcional y no es un requisito. La autorización para debatir sobre su información médica detallada con las personas designadas continuará siendo válida hasta que decida revocarla por escrito, salvo que haya especificado una fecha. Complete el Formulario de Autorización de UBCP para la divulgación de información médica para autorizar a las personas designadas.

Información del paciente	
Nombre del paciente (apellido, primer nombre):	
Fecha de nacimiento (DOB):	Número de historia clínica (MRN):
Fecha de hoy (Fecha de la autorización):	
Número(s) de teléfono autorizado(s) para los mensajes detallados	
Número telefónico	Tipo
	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
Fecha(s) específica(s) (Opcional)	
Desde:	Hasta:

Firma del paciente o del testigo (necesario si el paciente no puede firmar)

Fecha de hoy

Relación del testigo con el paciente



We Ask Because We Care

Raza y grupo étnico: preguntamos porque usted nos importa

Favor de contestar este cuestionario. Utilizamos esta información para revisar el tratamiento que reciben los pacientes y asegurarnos de que todos reciban atención de la más alta calidad. Sus respuestas individuales son privadas y no se compartirán fuera del sistema de atención médica.

- ¿Se considera usted hispano o latino? (Hispanic/Latino?)

☐ Sí (Yes)	☐ No (No)
☐ No deseo contestar (Decline)	☐ No lo sé (Unknown)
- ¿Cómo describiría su raza? Por raza, nos referimos al grupo o grupos principales de gente del que provienen sus ancestros. *Favor de marcar tantas categorías como hagan falta para describirse.* (Describe your race)

☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska (Am. Indian/Alaska Native)	☐ Asiático (Asian)
☐ Negro o afroamericano (African American/Black)	☐ Blanco (White)
☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico (Nat. Hawaiian/Pacific Islander)	☐ Otro _____ (Other)
☐ No deseo contestar (Decline)	☐ No lo sé (Unknown)
- ¿Cómo describiría el grupo étnico al que pertenece? Por grupo étnico, nos referimos al grupo o grupos con los que comparte su identidad cultural o costumbres. *Favor de marcar tantas categorías como hagan falta para describirse.* (Describe your ethnicity)

☐ Africano (African)	☐ Japonés (Japanese)
☐ Negro o afroamericano (African Am./Black)	☐ Coreano (Korean)
☐ Nativo de Alaska (Alaska Native)	☐ Laosiano (Laotian)
☐ Indígena estadounidense (American Indian)	☐ Mexicano (Mexican)
☐ Árabe o del norte de África (Arab/North African)	☐ Oriente Medio (Middle Eastern)
☐ Indio del continente asiático (Asian Indian)	☐ Mongol (Mongolian)
☐ Camboyano (Cambodian)	☐ Nativo de Hawái (Native Hawaiian)
☐ Primeras naciones (Canadá) (First Nation/Canada)	☐ Nativo de las islas del Pacífico (Pacific Islander)
☐ Caribeño o de Indias Occidentales (Caribbean/West Indian)	☐ Ruso (Russian)
☐ Centroamericano (Central American)	☐ Samoano o samoano americano (Samoan/American Samoan)
☐ Chino (Chinese)	☐ Suramericano (South American)
☐ Europeo o de ascendencia europea (European/European Descent)	☐ Tailandés (Thai)
☐ Filipino (European/European Descent)	☐ Tibetano (Tibetan)
☐ Guameño (Guamanian)	☐ Tongano (Tongan)
☐ Hmong (Hmong)	☐ Vietnamita (Vietnamese)
☐ Indígena - Maya (Indigena-Maya)	
☐ No deseo contestar (Decline)	☐ No lo sé (Unknown)
☐ Otro _____ (Other)	
- ¿Donde naciste? _____

Favor de entregar este formulario al personal de la recepción cuando lo haya contestado. Gracias.

Recibo de Reconocimiento Del Aviso De Privacidad

Su nombre y la firma en esta hoja indican que ha dado acceso a una copia de la notificación de prácticas de privacidad de UCSF (aviso) en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información en el aviso de prácticas de privacidad, no vacile por favor entrar en contacto con un representante de la clínica. Una copia es publicada en nuestro sitio web en www.UBCP.org.

Nombre del Paciente

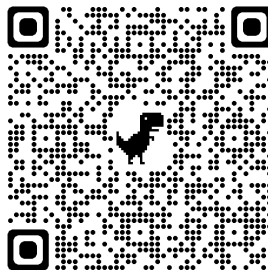
Fecha de Nacimiento

Si El Paciente es Menor, Padre/Madre/Tutor Legal o Nombre del Garante Financiero

Relacion Con El Paciente

Firma del Paciente o Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha de Notificacion Recibida



Puede escanear este QR codigo para ver el Aviso de Practicas de Privacidad

Términos y Condiciones de Registro, Servicios Médicos y Acuerdo Financiero

1. UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) es parte de la Universidad y está compuesta de su(s) hospital(es), centro(s) médicos, sus clínicas de hospital, y la Escuela de Medicina de UCSF.
2. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Yo doy mi consentimiento a los tratamientos médicos o proceso de atención, radiografías, extracción de sangre para análisis, inyecciones, el tomo de fotografías médicas, videografía, y servicios de laboratorio.
3. **DESCARGO DE INFORMACIÓN MÉDICA:** El Acto de las Prácticas y Uso de Información del Estado de California requiere que UBCP proporcione la siguiente información a quienes dan información de ellos mismos. Como un paciente de UBCP, se pedirá de mi cierta información personal, como mi domicilio, número de teléfono, número de Seguro Social, información de mi seguro médico, historial médico y de tratamiento. El propósito para pedir esta información es para asegurar la identidad, continuación de cuidado médico, y pago para tal cuidado. Bajo la autoridad del Acto Federal de la Ley de Privacidad de 1974, Artículo IX, Sección 9, de la Constitución de California, el Acto de Práctica de Información (Código Civil 1798 y siguientes.), Código de Reglamentos de California, Título 22, Sección 70749, UBCP está autorizado a mantener esta información. Y como requerido por UBCP, el entrega de esta información es obligatorio, menos que se indique al contrario. Yo entiendo que el fallar al entregar esta información puede afectar mi cuidado médico, beneficios y cobertura de mi seguro médico. UBCP obtendrá mi autorización para descargar la información de mi tratamiento médico por escrito, menos en las circunstancias cuando UBCP está permitido o requerido por ley a divulgar la información, (vea Notificación de las Prácticas de Privacidad de UBCP para la descripción de las circunstancias específicas de cuando UBCP puede divulgar esta información). Por ejemplo UBCP puede entregar una copia de mi expediente médico a proveedores de cuidado de salud, planes de guros médicos, agencias gubernamentales, y proveedores de compensación de trabajadores lesionados. Además entiendo que si me diagnostican con una enfermedad de declaración obligatoria en California, se requiere por ley que UBCP reporte mi diagnóstico al Departamento Estatal de Servicios de Salud.
4. **ACUERDO FINANCIERO:** Yo entiendo que aun teniendo cobertura médica, es posible que sea financieramente responsable para parte o por todos mis servicios médicos. Por ejemplo, si tengo un copago, co-insurance, o deductible, yo estoy de acuerdo de pagar la cantidad que debo. Si no tengo cobertura que cubra el servicio que reciba, yo estoy de acuerdo que le pagaré a UBCP para los servicios profesionales y clínicas. Si no puedo pagar, entiendo que tal vez pueda calificar para asistencia pública, arreglo de pagos, y/o servicio de caridad. También entiendo que cuando este acuerdo sea firmado por mi esposo/a, padre/madre, o garante financiero, mi esposo/a, padre/madre o garante financiero será también conjuntamente e individualmente responsable conmigo para pago, incluyendo todos los cargos de coleccion, (honorarios, del abogado, cargos y gastos de coleccion), además a cual otra cantidad que se deba. Cuentas no saldadas serán referidas a otras agencias para coleccion cuales adquirirán intereses a la tasa legal vigente.
5. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (INCLUYENDO BENEFICIOS DE MEDICARE):** Yo autorizo pago directo a UBCP por medio de cual quier beneficio de seguro, incluyendo seguro de hospital, y compensación de desempleo beneficios de discapacidad de lo contrario a nombre de o en mi nombre a UBCP, incluyendo servicios de emergencia, a un costo de no sobrepasar los cargos actuales de UBCP. Yo entiendo que soy responsable por los cargos no pagados conforme a este acuerdo. Además estoy de acuerdo de que cualquier crédito que resulte por pago del seguro médico o por otros recursos pueden ser aplicados a cualquier otra cuenta debida por mi a UBCP.

Porfavor firma la parte de atras. El leído todo a lo cual estoy de acuerdo, y he recibido una copia de estos Términos y Condiciones de Servicio:

Nombre del Paciente	Fecha
Firma del Paciente o Testigo (requerido si el paciente no puede firmar)	Fecha
Testigo Parentesco al Paciente	
Firma del Intérprete (si corresponde)	Fecha
El Idioma Utilizado	