

**PATIENT**

Last Name:

First Name:

MR#:

DOB:

Date:



**MCHC HEALTH CENTERS**

Form #CROSS-010-S

Rev. 09-16

Page 1 of 3

**REGISTRO DEL PACIENTE**

**Información del Paciente:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Apellido Anterior: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Dirección Particular (si diferente de la dirección postal):  
\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Idioma Principal (Preferido):  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Soltero  Soltero c/pareja  Divorciado  Separado  Viudo(a)

Nombre del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

Marque, por favor, su método de contacto preferido:

Teléfono:  Casa \_\_\_\_\_  Trabajo \_\_\_\_\_  Celular \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No Si no, proporcione por favor un número alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  No hay dirección de correo electrónico

**En caso de emergencia, por favor ponerse en contacto con:**

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Información Adicional del Paciente (por favor, responda a todas las preguntas):**

Al responder a las siguientes preguntas, usted nos proporcionará información que necesitamos para adquirir fondos para ayudar a residentes no asegurados o con seguro insuficiente en nuestra comunidad. Esta información también nos ayudará a reconocer a clientes que podrían calificar para programas o servicios especialmente financiados.

Sin hogar  Sí  NO

En caso afirmativo, vive actualmente en:  Albergue  Calle/Campamento  Alojamiento Provisional  
 Compartiendo (Familiar o Amigo)

Trabajador Agrícola:  Sí  NO En caso afirmativo:  Migrante  Estacional

Veterano:  Sí  NO

Raza (Marque uno, por favor):  Blanco (inc. Hispano/Latino)  Negro/Afroamericano  Asiático  
 Indio Americano/Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico  
 Más de una raza  Rechazó especificar

Etnia (Por favor marque uno):  Hispano o Latino  No-Hispano  No reportado/Se rehusó a reportar

Tamaño de la Familia: \_\_\_\_\_ Ingreso Familiar: \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual

**Hillside Health Center**

333 Laws Ave., Ukiah  
707.468.1010

**Lakeview Health Center**

5335 Lakeshore Blvd., Lakeport  
707.263.7725

**Little Lake Health Center**

45 Hazel St., Willits  
707.456.9600

**PATIENT**

Last Name:

First Name:

MR#:

DOB:

Date:



**MCHC HEALTH CENTERS**

Form #CROSS-010-S

Rev. 09-16

Page 2 of 3

La orientación sexual e identidad sexual tienen un papel significativo en la determinación de los resultados de salud. Hacer estas preguntas también mejoran la atención centrada en el paciente. Usted se identifica a sí mismo como:

Identificación del genero (Por favor marque uno)

- Hembra       Varón       Hembra a varón/ Transgénero       Varón a hembra/ Transgénero
- Genero neutral       Otro       Me niego especificar

Orientación sexual (Por favor marque uno)

- Straight/Heterosexual       Gay, lesbiana, homosexual       Bisexual
- No se       Otro       Me niego especificar

**Seguro Primario:**

- Medi-Cal     Medicare     Pacto Familiar     Sociedad     CMSP
- Cualquier Otra Cobertura \_\_\_\_\_ (Blue Cross, Blue Shield, Delta, etc.)

ID/Subscriber #: \_\_\_\_\_ Plan/Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del Paciente con el Suscriptor:  Él mismo     Cónyuge     Hijo     Otro

**Seguro Secundario:**

- Medi-Cal     Medicare     Pacto Familiar     Sociedad     CMSP
- Alguna Otra Cobertura \_\_\_\_\_ (Blue Cross, Blue Shield, Delta, etc.)

ID/Suscriptor #: \_\_\_\_\_ Plan/Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del Paciente con el Suscriptor:  Él mismo     Cónyuge     Hijo     Otro

**Si el paciente es menor de edad, llene esta sección.**

**Parte Responsable:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2° Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Hillside Health Center**

333 Laws Ave., Ukiah  
707.468.1010

**Lakeview Health Center**

5335 Lakeshore Blvd., Lakeport  
707.263.7725

**Little Lake Health Center**

45 Hazel St., Willits  
707.456.9600

**PATIENT**

Last Name:

First Name:

MR#:

DOB:

Date:



**MCHC HEALTH CENTERS**

Form #CROSS-010-S

Rev. 09-16

Page 3 of 3

**CONDICIONES DE TRATAMIENTO**

**ACUERDO FINANCIERO:** Yo acepto hacer pagos puntuales a medida que se reciban las cuentas por los servicios prestados por Mendocino Community Health Clinic, Inc. Yo acepto pagar intereses a la tasa legal si la cuenta se convierte en morosa, y si fuera necesario que la cuenta sea canalizada a una agencia de cobranza yo pagaré los honorarios de abogado y los gastos de cobranza.

***Si usted está preocupado respecto a su capacidad para pagar por su atención médica, hable por favor con nuestros Representantes de Servicios Financieros.***

**ASIGNACIÓN A MEDICARE:** Yo certifico que la información que he proporcionado al solicitar pago bajo el Título VII de la Ley del Seguro Social es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados sea realizado en mi nombre.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** En caso que yo tenga derecho a beneficios de alguna póliza de seguro que me asegure a mí o a alguna otra parte responsable ante mí, yo asigno esos beneficios directamente a MCHC, Inc. para su aplicación a mi cuenta. Yo acepto que MCHC, Inc., pueda emitir un recibo por dicho pago, que dicho pago exonerará a la compañía de seguros de sus obligaciones en virtud de la póliza, en la medida del pago, y que yo seré responsable por los cargos no cubiertos por este acuerdo.

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO:** Al firmar abajo, yo autorizo al personal de MCHC y a los proveedores de atención de salud a realizar cualquier examen, pruebas y procedimientos y a proveer cualquier medicamento, tratamiento o terapia necesaria para evaluarme, diagnosticarme y tratarme. Yo entiendo que aun así puedo rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento específico. También es posible que soliciten que firme formularios adicionales proporcionando mi consentimiento para tipos de tratamiento o procedimientos específicos. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se pueden proporcionar garantías con respecto a los resultados de mi evaluación y/o tratamiento.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

**Hillside Health Center**  
333 Laws Ave., Ukiah  
707.468.1010

**Lakeview Health Center**  
5335 Lakeshore Blvd., Lakeport  
707.263.7725

**Little Lake Health Center**  
45 Hazel St., Willits  
707.456.9600