



pt sticker

Datos Demográficos del paciente

(Apellido) (Nombre de Pila) (Inicial del Segundo Nombre)

(Dirección Postal)

(Ciudad) (Estado) (El Código Postal)

(SS#) (Fec Nac) (Correo Electrónico)

(Número de teléfono celular) (Número de casa)

(La dirección) El mismo que la dirección postal _____

(Ciudad) (Estado) (El Código Postal)

(Seguro Primario) (ID#)

(Seguro Secundario) (ID#)

(Nombre del Abonado) Mismo que del paciente ___ (Fec Nac) (Relación al paciente)

Raza: Afroamericano ___ Hispano ___ Hawaiano/Isleño ___ Blanco ___

Etnia: Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino ___

Firma del Garante Mismo que del paciente Nombre en Letra de Molde

Acepto aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados y aceptar los términos del Acuerdo Financial, la Asignación de Beneficios de Seguro, y los Contratos del Plan de Salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconocimiento de la Recepción

Reconozco que al firmar abajo, me han ofrecido el "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Eastern Plumas Health Care (EPHC). EPHC puede cambiar su aviso en cualquier momento y puede ser accesado via web @ WWW.EPHC.ORG o por contactar con EPHC @ (530) 832-6500 o la Oficina de la Gerencia de Información de Salud @ (530) 832-6506. Estos individuos pueden recibir Información de Salud Protegida por un año después de la fecha de la firma anterior. Este comunicado se puede retirar en cualquier momento con una notificación escrita a las Clínicas de EPHC y la Oficina de la Gerencia de Información de Salud.

(Individuo 1 y relación)

(Individuo 2 y relación)

Office Use Only

Entered by:



El Historial Médico

Hospitalizaciones:	Quando	Donde	Para que

Cirugías	Quando	Para que

Medicamentos que está tomando actualmente:			
Name	Dosis	Nombre	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias:	_____

Historia Social:

Uso de Tabaco:	No	_____	Si	_____	Tipo	_____
		Cuanto:	_____	Cuánto tiempo:	_____	

Uso de Alcohol:	No	_____	Si	_____	_____
		Cuanto:	_____	Cuánto tiempo:	_____

Drogas Callejeras:	No	_____	Si	_____	_____
		Cuanto:	_____	Cuánto tiempo:	_____

Estado Civil:	Único	_____	Casado	_____	Divorciado	_____
Hijos:	(No)	(Sí)	Cuántos	_____	Viudo	_____

Ocupación:	_____
Empleador:	_____

Contacto de Emergencia	# de Teléfono	Relación al Paciente	Fec Nac
------------------------	---------------	----------------------	---------

Consentimiento para tratamiento:

El abajo firmante le otorga autoridad al personal médico de las Clínicas EPHC para administrar y realizar los examens, tratamientos, o procedimientos diagnósticos que se considera aconsejable y necesario para la ciudad del paciente cuyo nombre aparece en este documento. El abajo firmante también otorga la publicación de la información médica que está necesaria para procesar esta afirmación y solo a los individuos abajo. El abajo firmante también otorga los pagos de beneficios médicos al médico o proveedor de los servicios incluyendo el laboratorio ambulatorio, la radiología, y los servicios relacionados con esta visita. (Este consentimiento permanece en vigor por todos los tratamientos, exámenes, etc. por un período de un año o hasta que el consentimiento se revoque por escrito.)

Fecha	Tiempo	Firma (Paciente o representante legal)
_____	_____	_____

Escriba nombre con letra de molde (si está firmado por representante legal o si no por paciente)