

<b>Nombre del Paciente:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento:</b> _____ <b>SS/ITIN#:</b> _____					
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<b>Identidad de Género</b> <input type="checkbox"/> No deseo dar información <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/Sin Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer/ Transfemenina <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre/ Transmasculino	<b>Orientación Sexual</b> <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No deseo dar información <input type="checkbox"/> No sé/Algo Mas <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, Homosexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Heterosexual	<b>Pronombre preferido</b> <input type="checkbox"/> Pregunte pero Desconocido <input type="checkbox"/> No deseo dar Información <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Ze, Hir		
<b>Dirección del Paciente:</b> _____ Número y Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		<b>Celular:</b> _____ <b>Teléfono Alternativo:</b> _____ <b>Correo Electrónico:</b> _____	<b>Recordatorios de voz y mensajes de Texto:</b> <input type="checkbox"/> Optar por no participar <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Recordatorios de Voz		
<b>¿Cómo nos podemos comunicar con usted?</b> Teléfono Alternativo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Celular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Portal del Paciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correo Postal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Idioma Primario:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<b>Situación Laboral:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Sin Empleo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Rehúso <input type="checkbox"/> Jubilado	
<b>Tipo de Trabajo:</b> <input type="checkbox"/> Limpieza, servicios de hotel o comida <input type="checkbox"/> Arte, entretenimiento, y recreación <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Servicios educativos <input type="checkbox"/> Gobierno federal, estatal y local <input type="checkbox"/> Seguros y finanzas <input type="checkbox"/> Servicios médicos y asistencia social <input type="checkbox"/> Información Tecnológica <input type="checkbox"/> Servicios profesionales, científicos y técnicos <input type="checkbox"/> Bienes y raíces y arrendamiento <input type="checkbox"/> Comercio y venta de bienes <input type="checkbox"/> Transportación y almacenaje <input type="checkbox"/> Servicios de utilidad <input type="checkbox"/> Trabajo de manufactura <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No corresponde			<b>¿Cuál es el nivel más alto de educación del paciente?</b> <input type="checkbox"/> Menos de secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/o equivalente <input type="checkbox"/> Escuela de comercio <input type="checkbox"/> Universidad sin diploma <input type="checkbox"/> Diploma de asociados <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Rehúso Reportar		
<b>UDS</b>	<b>Situación de vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Compartiendo habitación <input type="checkbox"/> Viviendo con familiares <input type="checkbox"/> No sin Hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Dueño de casa <input type="checkbox"/> Renta (casa, departamento, Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>¿Es usted un trabajador agrícola, ganadero o avícola?</b> <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> No Agrícola <input type="checkbox"/> Temporal	<b>Raza: (Seleccione uno o más):</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Más de una raza/Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Rehúso Reportar <input type="checkbox"/> Blanco	<b>Origen Étnico (seleccione):</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Rehúso	
	<b>¿Es usted un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>¿Se siente cómodo comunicándose en inglés?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Aval/Persona Responsable</b>	<b>¿Es este paciente la parte responsable (mayor de 18 años de edad y/o legalmente responsable de usted mismo)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si respondió sí, solo conteste la parte de Ingreso y Tamaño de la Familia</b>				
	Nombre de la persona responsable: _____ Fecha de Nacimiento _____				
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____ Seguro Social/ITIN#: _____				
	Dirección (si es igual a la del paciente, escriba "igual"): _____ _____				
Teléfono (Seleccione el de su preferencia): <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Alternativo <input type="checkbox"/> Celular _____					
<b>Ingreso Mensual de la Familia \$</b> _____ <b>¿Cuántas personas forman su familia?</b> _____					

Contacto de Emergencia	<b>Nombre de un Contacto para Emergencias:</b> _____ <b>Número de Teléfono:</b> _____ <b>Relación con el Paciente:</b> _____ <b>¿Podemos compartir su información médica con esta persona?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mercadeo	<b>¿Cómo se enteró de nuestra clínica?</b> <input type="checkbox"/> Periódicos <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> CenCal/Seguro Médico <input type="checkbox"/> Internet/Página Web <input type="checkbox"/> Cottage Health/Hospital <input type="checkbox"/> Artículo de Noticias <input type="checkbox"/> Feria de Salud/Presentación <input type="checkbox"/> Organización en la Comunidad <input type="checkbox"/> Amigos/Familiares/Empleado de SBNC <input type="checkbox"/> Volante/Folleto/Promoción en su Puerta <input type="checkbox"/> Clínica del Condado/Salud Mental <input type="checkbox"/> Otros Proveedores de Salud <input type="checkbox"/> Facebook/ Medio de comunicación Social
Seguros(s) & Convenio de Paciente no Asignado	<b>Nombre del Seguro Principal:</b> _____ <b>ID #:</b> _____ <b>Nombre de la persona asegurada, si no es el/la paciente:</b> _____ <b>Nombre del Seguro Secundario:</b> _____ <b>ID #:</b> _____ <b>Nombre de la persona asegurada, si no es el/la paciente:</b> _____ Si he sido informado/a por el personal de SBNC que SBNC no es proveedor participante de mi plan de seguro. SBNC ha acordado que enviará la factura a mi compañía de seguro como una cortesía. Yo entiendo que soy responsable de mi cuota por la visita, y alguna otra porción de los cargos que no sean pagados a SBNC. <b>Firma del paciente o Persona Responsable:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____
Faltas y Cancelaciones de citas	Después de faltar a tres citas (no canceladas con 24 horas de anticipo) en un periodo de doce meses, se le pedirá que encuentre otro proveedor de salud. Sólo se le ofrecerá servicios de urgencia y renovación de su receta médica por un periodo de 30 días, después de estos 30 días usted no será considerado estar bajo el cuidado médico de Santa Barbara Neighborhood Clinics. Se harán tres intentos para comunicarnos con usted. Al tercer intento fallido, le enviaremos una carta a su dirección (Certificada/Recibo de Devolución). Una copia de la carta y recibo serán agregados a su expediente médico. <b>Firma del paciente o Persona Responsable:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____
Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos	La Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos, es una manera de instruir a los doctores, enfermeras, y otros proveedores médicos, acerca de sus deseos en caso de que usted no esté habilitado para responder por sí mismo. Es un documento legal que indica a quien usted elige para que tome las decisiones por usted, en caso que usted esté incapacitado para hacerlas por usted mismo a causa de una enfermedad o lesión. También le permite, en caso de que usted esté con una enfermedad terminal, el dar instrucciones, como establecer límites en los tratamientos que usted desee recibir, o donación de órganos. Usted no necesita de un abogado para hacer una Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos. Nosotros le podemos proveer con una forma en blanco que usted mismo podrá completar. Debe estar firmada delante de un Notario Público, o delante de dos testigos adultos que también deben firmar la forma. Nosotros agregaremos una copia de su Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos en su expediente médico. Usted deberá mantener la original, y es importante que su familia y amigos tengan conocimiento de la existencia de su Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos. <input type="checkbox"/> Yo no deseo información adicional acerca de la Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos <input type="checkbox"/> He firmado una Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos <input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos
Consentimiento para HIE	SBNC es un miembro de Cottage Community Health Information Exchange (CC, HIE), un portal seguro de datos con el propósito de acceso a información vital de salud, entre proveedores médicos y hospitales, para su tratamiento y facturación. Este es una aclaración que su expediente médico puede ser compartido confidencialmente con otros proveedores médicos autorizados y sus asociados como miembros del intercambio, y no deben ser revelados por ningún propósito prohibido por las leyes de protección de la privacidad. <input type="checkbox"/> No compartir mi información con HIE/CeHC <b>Firma del paciente o Persona Responsable:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____

**Acuse de Recibo:** He firmado una copia del consentimiento de SBNC para Tratamiento y Evaluación, y un Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad, y doy mi consentimiento a los asuntos contenidos en el mismo. Al firmar a continuación, Yo reconozco que he leído la información sobre el acuerdo del Seguro y Convenio del Paciente no Asignado, la Política de Faltas y Cancelaciones de Citas, La Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos, el Consentimiento para Fotografías, y el Consentimiento de HIE.

**Firma del paciente o Persona Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Ubicación de la Farmacia de su Preferencia:

\_\_\_\_\_

### Historia de Salud del Paciente

(Si necesita ayuda para completar este formulario, solicite ayuda a nuestro personal de recepción)

Médico Primario: \_\_\_\_\_ Telefono de oficina: \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen: \_\_\_\_\_

		NO	SI			NO	SI
1.	¿Esta bajo tratamiento medico ahora? Si, describa _____			5.	¿Tiene tos persistente o se aclara la garganta sin asociado con una enfermedad conocida? (Durando más de 3 semanas)		
2.	¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna operación quirúrgica o enfermedad grave? Si, describa _____			6.	¿Consumes tabaco? Si, cuánto _____ ¿Le gustaría ayuda para dejar de consumir tabaco?		
3.	<b>¿Está tomando o ha tomado alguno de los siguientes?</b>			7.	¿Usa o has consumido drogas recreativas o marihuana medicinal?		
A.	Antibióticos o sulfamidas			8.	¿Estás embarazada o crees que podrías estar embarazada? (omitir si no corresponde)		
B.	Anticoagulantes (anticoagulantes como Coumadin, Eliquis, Xarelto, etc...)			9.	¿Estás amamantando? (omitir si no corresponde)		
C.	Medicamentos para la alta presión			10.	<b>¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?</b>		
D.	Digitalis o medicamentos para problemas cardíacos			A.	Anestésicos locales (por ejemplo, lidocaína)		
E.	Nitroglicerina			B.	Penicilina o otros antibióticos		
F.	Insulina, metformina, Ozempic o droga similar			C.	Drogas de Sulfa		
G.	Dilantín			D.	Barbitúricos		
H.	Cortisona (esteroides)			E.	Sedantes		
I.	Anticonceptivos orales			F.	Aspirina		
J.	Tranquilizantes			G.	Codeine		
K.	Medicamentos para la osteoporosis (Fosamax, Actonel, Prolia, Reclast, etc...)			H.	Látex		
L.	Medicamentos de quimioterapia						
12.	<b>¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?</b>	NO	SI			NO	SI
A.	Cáncer: Si, describe: _____			P.	Anemia o otra enfermedad de la sangre.		
B.	Radioterapia			Q.	Tendencia al sangrado/sangrado anormal		
C.	Leucemia			R.	Sida o infección por VIH		
D.	Pérdida de peso reciente			S.	Epilepsia/Convulsiones		
E.	Alta presión			T.	Desmayos/Convulsiones		
F.	Baja presión			U.	Asma: Si, ¿tiene un inhalador?		
G.	Ataque al corazón: Si, cuando: _____			V.	Tuberculosis		
H.	Accidente cerebrovascular: Si, cuando: _____			W.	Problema de tiroides		
I.	Prótesis valvular cardiaca			X.	Úlcera de estómago		
J.	Endocarditis infecciosa			Y.	Artritis		
K.	Marcapasos cardíaco			Z.	Infecciones de transmisión sexual		
L.	Enfermedad congénita cardiaca			a.	Hepatitis A, B, C, Ictericia/Enfermedad del hígado		
M.	Angina (dolor en el pecho)			b.	Quedandose sin aliento fácilmente		
N.	Diabetes: Si, A1C: _____ Fecha: _____			c.	Cansado/a con frecuencia		
O.	Enfermedad renal			d.	Ansiedad o miedo a el dentista		
13.	<b>¿Tiene usted una discapacidad?</b> <input type="checkbox"/> Ceguera, discapacidad visual <input type="checkbox"/> Sordera, discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Impedimento de movilidad <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Autismo ¿El paciente o tutor tiene dificultades para completar los formularios de salud? _____						

Firma del Paciente o Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma como padre o tutor: Por la presente declaro y garantizo que estoy legalmente facultado y autorizado para proporcionar la información anterior.

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Comments:

Signature of Dentist: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO  
NO complete el formulario si su visita es cubierta por CenCal o Medi-Cal**

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

Ingreso: \$ \_\_\_\_\_ Seleccione uno:  Semanal  Mensual  Anual

Cuantas personas forman su familia: \_\_\_\_\_ (Usted, esposo (a), e hijos menores de 18 años)

Fuente de verificación de Ingreso, y adjunte una copia (seleccione una):

- Declaración de Impuesto
- Desempleo
- Ingreso de seguro suplementario
- Talones de cheques
- Seguro social de discapacidad
- Otro: \_\_\_\_\_

Yo certifico bajo pena de perjurio que NO soy elegible o no tengo actualmente cobertura de CenCal o Medi-Cal. Inicial: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que debo pagar al momento de recibir los servicios. Inicial: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el costo de los medicamentos es adicional. Inicial: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el costo de laboratorio es adicional. Inicial: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el costo de cualquier procedimiento es adicional. Inicial: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el costo de citas con especialistas es adicional. Inicial: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**



MRN: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Evaluación y Tratamiento

Santa Barbara Neighborhood Clinics (SBNC), se dedica a proveer servicios médicos, dentales, de salud mental y de trastornos causados por consumo de sustancias. Debido a que los problemas físicos y emocionales a menudo van de la mano, creemos que la mejor atención se brinda cuando los proveedores de atención médica trabajan juntos. Los pacientes de SBNC pueden ser remitidos a proveedores de otras especialidades de atención médica dentro del equipo de tratamiento de SBNC; Los miembros del equipo de tratamiento compartirán información clínica entre ellos, según sea clínicamente necesario.

Los pacientes serán atendidos solo con cita previa, excepto en caso de emergencias. En caso de urgencias, todas las clínicas SBNC tienen espacios para citas el mismo día. Solicitamos a los pacientes que cancelen, por lo menos, con 24 horas de anticipación si no puede cumplir con su cita.

La información sobre el/ la paciente NO se dará a nadie fuera de SBNC, incluidos familiares y amigos, a menos que el/ la paciente (padre o tutor legal de un menor) otorgue un permiso por escrito. El/ la paciente puede dar su consentimiento para divulgar su información si tiene 12 años o más, para recibir atención de salud mental y planificación familiar, y 18 años o más para recibir atención primaria o dental. Sin embargo, podemos divulgar la información del paciente a otros sin el permiso del paciente si: 1) El/ la paciente representa una amenaza para sí mismo o para otros; 2) El/ la paciente no puede protegerse de riesgo de daño; 3) El/ la paciente está bajo la custodia legal de una agencia o instalación gubernamental; 4) Hay evidencia de abuso infantil; o 5) Los registros clínicos del paciente son solicitados por orden judicial, incluida una citación a la cual el/la paciente no se opone de inmediato. Consulte la Política de privacidad de HIPAA de SBNC.

Todos los servicios tienen un costo, y el/la paciente debe pagar el día que recibe el servicio. Las pólizas de seguro de salud pueden cubrir la totalidad o una parte de los honorarios y el personal ayudará al paciente a comprender su responsabilidad financiera. El/la paciente deberá informar al personal de SBNC sobre los cambios en su estado financiero, incluyendo cambios en el seguro médico.

El personal profesional de SBNC dependerá de las declaraciones realizadas por el/la paciente, el historial médico del paciente y otra información para evaluar su condición y decidir el mejor tratamiento. La evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes a menudo requieren la participación de los padres y/u otros miembros de la familia.

Las profesiones de la salud no son ciencias exactas y no garantizan el curso o efecto del tratamiento propuesto por el proveedor, ni los resultados del tratamiento. Cualquier pregunta sobre los beneficios, los riesgos, las opciones disponibles o los límites de confidencialidad deben dirigirse al personal de tratamiento.

En el tratamiento del paciente, pueden justificarse estudios que incluyan imágenes (rayos X, fotografías y escaneos), pruebas de laboratorio, electrocardiogramas o pruebas psicológicas. Hay riesgos involucrados en tomar cualquier medicamento y cualquier pregunta sobre medicamentos será respondida por el personal médico. El paciente acepta los riesgos de los medicamentos y otros tratamientos.

Entiendo que si tengo 12 años de edad o más, puedo dar mi consentimiento para servicios de salud mental, trastorno causados por consumo de sustancias y/o servicios de salud reproductiva; de lo contrario, mis padres o tutor legal deberán dar su consentimiento para los servicios. Al firmar este formulario, (firma del padre o tutor legal, si es necesario), acepto que he leído o me han leído y/o explicado este formulario, que lo entiendo y que cualquier pregunta que hice ha sido respondida. Entiendo que acepto ser sincero al proporcionar información.

Por la presente solicito, acepto y doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento para mí y / o mi (s) hijo (s) como se establece anteriormente, incluidos los estudios o procedimientos que el personal profesional de SBNC decida que son necesarios o apropiados. Si firmo como padre o tutor, declaro y garantizo que estoy legalmente facultado y tengo derecho a tomar tales decisiones.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente y/o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**AUTHORIZATION AND CONSENT FOR PHOTOGRAPHY**  
**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA USO DE FOTOGRAFÍAS**

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Gender: \_\_\_\_\_

The undersigned hereby authorizes Santa Barbara Neighborhood Clinics to photograph . The undersigned agrees that the above named organization may not use and permit other persons to use the negative print prepared from such photograph for any purpose other than the dental record.

*La persona que aquí firma da su autorización por este medio a Las Clínicas de Santa Barbara Neighborhood, para tomar fotos . La persona que aquí firma está de acuerdo en que la organización arriba mencionada, no pueda usar y permitir que otras personas utilicen las impresiones negativas preparadas por este fotógrafo para otro fin más que el expediente dental.*

I, decline to have my photograph taken.

*Yo, me niego a ser fotografiado.*

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## **Derechos y Responsabilidades de los Pacientes de SBNC**

### **Como paciente de SBNC, usted tiene derecho a:**

1. Un trato cortés y considerado, y a ser tratado con dignidad y respeto por todos los médicos de SBNC y personal de apoyo.
2. Tener la privacidad y confidencialidad con respecto a la protección de sus expedientes médicos.
3. Recibir información razonable respecto a la preparación profesional de su proveedor médico, los riesgos de un tratamiento determinado, y la duración de la incapacidad — antes de dar su consentimiento para cualquier procedimiento.
4. A una respuesta razonable al solicitar un servicio, incluyendo evaluaciones y remisiones.
5. Estar plenamente informado del procedimiento de quejas de Santa Bárbara Neighborhood Clinics, y como utilizarlos sin temor a perjudicar el tratamiento de su proveedor médico.
6. Expresar sus quejas y recibir una respuesta oportuna.
7. Recibir una segunda opinión cuando esa opinión se considere médicamente apropiada por el asignado.
8. Recibir, con solicitud previa, los nombres, especialidades y títulos de los profesionales responsables de su cuidado.

### **Como paciente de SBNC, usted es responsable de:**

1. Cooperar con quienes le están prestando servicio médico. Sin embargo, usted tiene el derecho de rechazar un tratamiento médico.
2. Tratar los empleados y proveedores de la clínica con cortesía y respeto.
3. Ponerse en contacto con su clínica en relación con cualquier pregunta, ó preocupación acerca de su salud o servicios, ó cuando necesite atención (excepto en una emergencia).
4. Proporcionar al personal profesional toda la información que necesiten para darle la mejor atención posible.
5. Seguir las instrucciones y orientaciones dadas por quienes le proveen los cuidados médicos.
6. Mantener todas las citas, y llegar a tiempo. Si usted no puede asistir a una cita, deberá cancelarla con 24 horas de anticipo.
7. Seguir las recomendaciones para sus cuidados de prevención, revisiones anuales, y un estilo de vida saludable.
8. No consumir alcohol o drogas en o alrededor de las instalaciones de la clínica.
9. No presentarse a la clínica bajo la influencia del alcohol o drogas, ya que puede afectar su capacidad de participar en su tratamiento médico.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_