Santa Barbara Neighborhood Clinics
Quality Affordable Healthcare

Fecha:_____

Información del Paciente

Nombre del Paciente:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____ **SS/ITIN#:**_____
MM/DD/YYYY

Sexo:	**Identidad de Género**	**Orientación Sexual**	**Pronombre preferido**
❑Mujer ❑Hombre	❑No deseo dar información ❑Mujer ❑Hombre ❑Otro ❑Transgénero Mujer/ Transfemenino ❑Transgénero Hombre/ Transmasculino ❑Desconocido	❑Bisexual ❑No deseo dar información ❑No sé ❑Lesbiana o Gay ❑ Desconocido ❑ Heterosexual ❑Otro	❑Pregunte pero Desconocido ❑No deseo dar Información ❑El ❑Otro ❑ Ella ❑ Ellos ❑Ze, Hir

Dirección del Paciente:

_____
Número y Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

_____

Celular: _____
Teléfono Alterno: _____
Correo Electrónico: _____

Recordatorios de voz y mensajes de Texto:
❑Optar por no participar
❑Mensaje de Texto
❑Recordatorios de Voz

¿Cómo nos podemos comunicar con usted?

Teléfono Alterno	❑Sí	❑No
Celular	❑ Sí	❑No
Correo Electrónico	❑Sí	❑No
Teléfono de Casa	❑Sí	❑No
Portal del Paciente	❑Sí	❑No
Correo Postal	❑Sí	❑No

Idioma Primario:
❑Inglés
❑Español
❑Otro: _____

Estado Civil:
❑Divorciado/a
❑Pareja domestica
❑Casado/a
❑Soltero/a
❑Viudo/a

Situación Laboral:
❑Tiempo Completo
❑No corresponde
❑Sin Empleo
❑Medio Tiempo
❑Rehúso
❑Jubilado
❑Trabajador Independiente
❑Estudiante
❑Desconocido

Tipo de Trabajo:
❑Limpieza, servicios de hotel o comida
❑Arte, entretenimiento, y recreación
❑Construcción
❑Servicios educativos
❑Gobierno federal, estatal y local
❑Seguros y finanzas
❑Servicios médicos y asistencia social
❑Información Tecnológica
❑Servicios profesionales, científicos y técnicos
❑Bienes y raíces y arrenda miento
❑Comercio y venta de bienes
❑Transportación y almacenaje
❑Servicios de utilidad
❑Trabajo de manufactura
❑Otro
❑No corresponde

¿Cuál es el nivel más alto de educación del paciente?
❑Menos de secundaria
❑Diploma de escuela secundaria/o equivalente
❑Escuela de comercio
❑Universidad sin diploma
❑Diploma de asociados
❑Bachillerato
❑Maestría
❑Doctorado
❑Rehúso Reportar

UDS

Situación de vivienda:
❑Compartiendo habitación
❑Viviendo con familiares
❑No sin Hogar
❑Otro
❑Dueño de casa
❑ Renta (casa, departamento,
❑Albergue
❑Calle
❑Transicional
❑Desconocido

¿Es usted un trabajador agrícola, ganadero o avícola?
❑Agrícola
❑No Agrícola
❑Temporal

¿Es usted un veterano?
❑Sí ❑No

Raza: **(Seleccione uno o más):**
❑Indio Americano/Nativo de Alaska
❑Asiático
❑Negro/ Afroamericano
❑Más de una raza/Otro
❑Nativo de Hawái
❑Otro Isleño del Pacífico
❑Rehúso Reportar
❑Blanco

Origen Étnico **(seleccione):**
❑Hispano/Latino
❑No Hispano/ Latino
❑Rehúso

¿Se siente cómodo comunicándose en inglés?
❑Sí ❑No

Aval/Persona Responsable

¿Es este paciente la parte responsable (mayor de 18 años de edad y/o legalmente responsable de usted mismo)?
❑Sí ❑No
Si respondió sí, solo conteste la parte de Ingreso y Tamaño de la Familia

Nombre de la persona responsable:_____Fecha de Nacimiento_____

❑Padre ❑Guardián Legal ❑Representante Legal ❑Otro:_____Seguro Social/ITIN#:_____

Dirección (si es igual a la del paciente, escriba "igual"): _____

_____

Teléfono (Seleccione el de su preferencia): ❑Casa ❑Alterno ❑Celular_____

Ingreso Mensual de la Familia $_____**¿Cuantas personas forman su familia?**_____

Contacto de Emergencia	**Nombre de un Contacto para Emergencias:**_____ **Número de Teléfono:** _____ **Relación con el Paciente:**_____ ***¿Podemos compartir su información médica con esta persona?*** ❑*Sí* ❑*No*

Mercadeo

¿Cómo se enteró de nuestra clínica?

❑Periódicos	❑Internet/Página Web	❑Amigos/Familiares/Empleado de SBNC
❑Escuela	❑Cottage Health/Hospital	❑Volante/Folleto/Promoción en su Puerta
❑Televisión	❑Artículo de Noticias	❑Clínica del Condado/Salud Mental
❑Radio	❑Feria de Salud/Presentación	❑Otros Proveedores de Salud
❑CenCal/Seguro Médico	❑Organización en la Comunidad	❑Facebook/ Medio de comunicación Social

Seguros(s) & Convenio de Paciente no Asignado

Nombre del Seguro Principal: _____ **ID #:** _____

Nombre de la persona asegurada, si no es el/la paciente: _____

Nombre del Seguro Secundario: _____ **ID #:** _____

Nombre de la persona asegurada, si no es el/la paciente:_____

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.

Firma del paciente o Persona Responsable: _____**Fecha:**_____

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 cuido 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.

Firma del paciente o Persona Responsable: _____**Fecha:**_____

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 Publicó, 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.

- ❑Yo no deseo información adicional acerca de la Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos
- ❑He firmado una Directiva Anticipada sobre Cuidados Médicos
- ❑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.

❑No compartir mi información con HIE/CeHC

Firma del paciente o Persona Responsable: _____**Fecha:**_____

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:**_____

Santa Barbara Neighborhood Clinics
Quality Affordable Healthcare

Santa Barbara Neighborhood Clinics

HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO CONFIDENCIAL

Las respuestas que nos de servirán para proveer a su hijo de la mejor atención médica posible. Aunque pueda parecerle que algunas de las preguntas no le conciernen o no son de importancia, respondan por favor de la forma más completa y exacta posible. Esta información formará parte permanente del historial médico confidencial de su hijo/a.

Nombre:_____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

- Liste todos los medicamentos a los que es alérgico su hijo/a_____
- ¿Medicamentos que su hijo/a toma de forma regular?_____
- Condiciones médicas que tiene su hijo/a _____
- Anteriores hospitalizaciones/enfermedades graves:_____
- Liste, por favor, todas las cirujías/operaciones: _____
- ¿Usa su hijo/a lentes o lentes de contacto? ❑ Si ❑No
  - ❖ Si tiene la cartilla de vacunación de su hijo/a, désela por favor a la recepcionista para hacer una copia

INFANCIA PRIMARIA:

Su hijo/a: ¿Es adoptado? _____ ¿Se encuentra bajo custodia de padres adoptivos o de un tutor? ____

Embarazo: ¿Tuvo la madre alguna enfermedad seria, fiebres altas, ronchas, estuvo expuesta a productos tóxicos, sufrió algún accidente, o fumó cigarrillos o tomó alcohol? SÍ _____ No _____

Parto: ¿Tuvo la madre algún problema? SÍ _____ NO _____

Recién nacido: ¿Tuvo el bebé algún problema? SÍ _____ NO _____

Peso al nacer: _____ (libras o kilos)

Lugar de nacimiento: Ciudad: _____ Hospital: _____

Edad a la que empezó a: Sentarse: _____ Gatear: _____ Caminar: _____ Hablar: _____

HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA Y DE SU HIJO/A: POR FAVOR MARCAR EN HIJO/A O LOS FAMILIARES EN AQUELLOS CASOS QUE CORRESPONDA

Hijo/a	Familiares		Hijo/a	Familiares	
_____	_____	Hipertensión	_____	_____	Anemia
_____	_____	Enfermedades del corazón	_____	_____	Asma
_____	_____	Cancer, Tipo: _____	_____	_____	Alergias/Fiebre del heno
_____	_____	Infecciones del oido	_____	_____	Bronquitis
_____	_____	Migrañas	_____	_____	Diabetes
_____	_____	Problemas de la piel	_____	_____	Enfermedades del riñón
_____	_____	Problemas de hígado	_____	_____	Epilepsia
_____	_____	Problemas digestivos/de intestinos	_____	_____	Problemas de vista
_____	_____	Genético/Que corre en la familia	_____	_____	Problemas de tiroides
_____	_____	Problemas en el desarrollo	_____	_____	Dificultad para mantener la atención
_____	_____	Problemas de comportamiento	_____	_____	Problemas de disciplina

¿Tiene su hijo/a alguna discapacidad?

- ❑ Ceguera, discapacidad visual
- ❑ Sordera, discapacidad auditiva
- ❑ Impedimiento de movilidad

¿Tiene dificultades usted o su hijo/a para completar formularios de salud? _____

Comments:

Provider Signature:_____ **Date**_____

Firma del Paciente o Persona Responsable _____

Santa Barbara Neighborhood Clinics
Quality Affordable Healthcare

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

Santa Barbara Neighborhood Clinics
Quality Affordable Healthcare

SBNC Consentimiento para una Evaluación y Tratamiento de un Menor de edad

Yo _____, como padre o guardián legal
Nombre del Padre/Madre o Guardián

de _____, un menor, autorizo
Nombre del Paciente

tratamiento médico y una evaluación como se considere necesario por el personal médico en la Santa Barbara Neighborhood Clinics.

Yo reconosco y comprendo que yo soy responsable por todos los cobros de los servícios que se le den.

_____ _____
Firma del Padre/Madre o Guardián Fecha

_____
Relación al paciente

Rushabh

Santa Barbara Neighborhood Clinics
Quality Affordable Healthcare

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:_____

Revised: 3/27/2017

Santa Barbara Neighborhood Clinics
Quality Affordable Healthcare

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: _____