

FORMULARIO DE REGISTRO DE SERVICIOS CLÍNICOS

INFORMACION DEL PACIENTE			
Fecha:	Fecha de Nacimiento:	Nombre de la madre:	
Nombre		Apellido	
Nombre:			
Calle	Ciudad	Código Postal	
Dirección:			
Número de teléfono:		Relación con el paciente:	
Nombre		Apellido	
Padre(s)/Guardian (Si es menor de edad):			
Nombre de Contacto de Emergencia:		Relación:	Número de teléfono:
Médico de Atención Primaria:			
Raza:	Sex: ☐ Hombre ☐ Mujer	☐ Casado(a) ☐ Soltero(a)/Separado ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)	
¿Quiere recibir correo? ☐ Si ☐ No	¿Esta bien que le llamen? ☐ Si ☐ No	¿Quiere recibir mensajes de texto? ☐ Si ☐ No	
INFORMACION DE SEGURO			
Proveedor de seguro del paciente:		Numero de póliza:	# de grupo:
RAZON DE SU VISITA			
Vacunas ☐	Inmigración ☐	Marihuana Medicinal ☐	
Vacunas para viajes ☐	Cocci (Fiebre del Valle) ☐	Pruebas de VIH/Resultados ☐	
Comprar tarjeta de vacunas ☐	Prueba de tuberculosis/Resultados ☐	Examen de enfermedades venéreas ☐	
Exámenes físicos (Niños) ☐	Salpullido ☐	Servicios de Planificación Familiar ☐	
Otros:			
SERVICIOS DE VACUNAS (complete esta parte si necesita vacunas)			
¿Tiene usted una tarjeta de vacunas el día de hoy? ☐ Si ☐ No			
¿Tiene algún otro tipo de registro de vacunas el día de hoy? ☐ Si ☐ No			
SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR/EXAMENES DE ENFERMEDADES SEXUALES (complete esta sección si aplica)			
¿Tiene síntomas de infección el día de hoy? ☐ Si ☐ No			
¿Todavía puede tener hijos? ☐ Si ☐ No			
¿Tuvo usted esterilización femenina/vasectomía? ☐ Si ☐ No			
¿Está embarazada? ☐ Si ☐ No			

Grounded in Health

1800 Mt. Vernon Ave., Bakersfield, CA. 93306 | 661.321.3000 | www.kernpublichealth.com

DIVULGACION FINANCIERA/INGRESOS FAMILIARES

Información divulgada en esta forma le permite al Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern aplicar la escala de pago de cargos por servicios prestados a usted basado en su nivel de ingresos. Toda la información es estrictamente confidencial.

☐ **No deseo** dar a conocer nuestro ingreso familiar. Entiendo que seré responsable de todos los cargos de acuerdo con las cuotas establecidas y **los cargos no se descontaran.**

☐ **Deseo** dar a conocer nuestro ingreso familiar. Entiendo que los cargos se basan en las cuotas establecidas y descontadas basando

- Por favor proporcione el nombre de todos los miembros de la familia (usted, su cónyuge y niños) que viven en su hogar y viven con el apoyo de los ingresos familiares.
- Proporcione la fuente de todos los ingresos ganados o no ganados y la cantidad de ingresos, incluido los ingresos procedentes de empleo.

Nombre	Relación a Ud.	Edad	Fuente de Ingreso	Ingreso	Frecuencia
					Semanal/Cada quincena/Mensuales
					Semanal/Cada quincena/Mensuales
					Semanal/Cada quincena/Mensuales
					Semanal/Cada quincena/Mensuales
					Semanal/Cada quincena/Mensuales

Tamaño familiar:

Total del ingreso familiar:

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. Se requiere el pago competo el día del servicio. En el caso de que no se realicen pagos en mi cuenta, se entregara cualquier saldo para cobro.

Firma:

Fecha:

ASSIGNMENT OF BENEFITS

Por la presente asigno y transmito directamente al Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern, como mi representante autorizado designado, reembolso (si existe) incluyendo Medicare, de lo contrario pagaderos a mí por los servicios prestados o proporcionados por el Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern, independientemente de su estatus de participación con la organización de mantenimiento de la salud médica administrada. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos independientemente de los pagos de seguro o beneficios aplicables. Yo autorizo al Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern para liberar cualquier y toda información médica necesaria para procesar mis reclamos

Firma:

Fecha:

El titular de este contrato de deuda medica esta prohibido por el articulo 1785.27 delCodigo Civil poder proporcionar informacion relacionada con esta deuda a una agencia de credito. Ademas de cualquier otra sancion legal, si una persona consientemente infringe de este codigo proporcionando informacion sobre esta dedua a una agencia de credito, la deuda sera cancelada y inejecutable.

CONSENT FOR TREATMENT

Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Además, yo autorizo al Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern a dar la asistencia médica razonable y apropiada para mis necesidades clínicas.

Firma:

Fecha:

Grounded in Health

1800 Mt. Vernon Ave., Bakersfield, CA. 93306 | 661.321.3000 | www.kernpublichealth.com