



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Updated 1.2026

INGRESE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre Preferido (si es diferente): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular Casa / Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Pareja Legalmente Separado/a Prefiere no divulgar

INFORMACIÓN DEL SEGURO: ¿Tiene seguro? Sí No. Respondió "Sí", Nombre del Plan de Seguro: _____

Número de Miembro: _____ Medi-Cal Medicare Comercial Otro: _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS: Recopilamos el ingreso familiar y el tamaño del hogar de todos los pacientes. No se negarán servicios por ingresos o capacidad de pago. Número total de personas en el hogar: _____

Ingreso familiar estimado: \$ _____ por Anual Mensual Quincenal Semanal

CONTACTO DE EMERGENCIA: (Para pacientes adultos o responsable legal si el paciente es menor)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: Esposo/a Madre Padre Abuelo/a Otro: _____

Método de contacto preferido: Llamada Mensaje de texto Correo electrónico No dejar mensajes

DIRECTIVA ANTICIPADA: ¿Tiene una Directiva Anticipada archivada? Sí No Deseo más información

DETALLES DEL PACIENTE: Estas preguntas nos ayudan a brindar atención adecuada y cumplir con requisitos de reporte. Sexo asignado al nacer: Femenino Masculino Prefiere no divulgar

Identidad de género: Femenino Masculino Transgénero Masculino / Femenino a Masculino Transgénero Femenino / Masculino a Femenino Otro: _____ Prefiere no divulgar

Orientación sexual: Heterosexual Lesbiana o Gay Bisexual Otra No sabe Prefiere no divulgar

IDIOMA Y SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN: ¿Necesita servicios de interpretación gratuitos? Sí No

Idioma principal: Inglés Español Otro: _____

ESTADO DE VIVIENDA: Dónde vive actualmente? En mi hogar En un refugio Viviendo con otras personas En la calle, campamento, puente o automóvil Vivienda transicional Prefiere no divulgar

RAZA Y ETNICIDAD: Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino Prefiere no divulgar

Raza: Asiático Indígena Americano Afroamericano Blanco Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico Prefiere no divulgar

ESTADO DE VETERANO: ¿Es veterano? Sí No Prefiere no divulgar

FIRMA: Al firmar, confirmo que la información proporcionada es correcta y completa.

Nombre del Paciente/Padre/Tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el menor (si aplica): _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Al firmar este formulario, usted consiente voluntariamente recibir servicios médicos, de salud conductual y/o dentales de UMMA Health, incluyendo exámenes, pruebas diagnósticas, tratamientos y procedimientos recomendados por su equipo de atención. Usted entiende que puede negarse o retirar su consentimiento en cualquier momento y que no se garantizan resultados específicos.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA / ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

UMMA Health es un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) apoyado por fondos de la Sección 330 de HRSA. UMMA Health no negará servicios debido a la incapacidad de pago y ofrece un Programa de Descuento de Tarifas Variables. Sus responsabilidades incluyen:

- Pago de copagos, deducibles o coseguros aplicables
- Pago de servicios si no tiene seguro o si el servicio está fuera de la red
- Proporcionar información precisa sobre seguro, ingresos y tamaño del hogar

Programa de Descuento de Tarifas Variables: Los descuentos se basan en el tamaño del hogar y los ingresos. Se requiere comprobante de ingresos, el cual debe actualizarse anualmente o cuando cambien las circunstancias.

Seguro y Facturación: Usted autoriza a UMMA Health a facturar a su seguro y a ayudar con solicitudes de cobertura pública según lo permita la ley.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

UMMA Health está obligado por ley a proteger la privacidad de su información médica y a proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad. Este aviso explica cómo su información puede utilizarse y divulgarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica; sus derechos con respecto a su información médica; y las obligaciones legales de UMMA Health. Puede solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento o enviar un correo electrónico a questions@ummaclinic.org para obtener una copia.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

UMMA Health cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluida la orientación sexual y la identidad de género. UMMA Health proporciona ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidades y servicios lingüísticos gratuitos para personas con dominio limitado del inglés. Si cree que ha sido objeto de discriminación, puede presentar una queja ante UMMA Health o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) Y del Intercambio de Información de Salud (HIE)

UMMA Health puede usar y divulgar su información de salud protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según lo permitido por HIPAA y la ley aplicable. UMMA Health participa en un HIE regional, incluido el Los Angeles Network for Enhanced Services (LANES). La participación en el HIE es voluntaria. Usted tiene el derecho de optar por no permitir que su información sea compartida a través del HIE en cualquier momento. Para optar por no participar o para cambiar su estado de participación en el HIE, solicite al personal de UMMA Health el Formulario de Cambio de Consentimiento del Paciente de LANES.

CONSENTIMIENTO PARA RECORDATORIOS Y NOTIFICACIONES DEL PACIENTE

UMMA Health puede comunicarse con usted por mensaje de texto, llamada telefónica, correo electrónico o portal del paciente para comunicaciones relacionadas con su salud, como recordatorios de citas, notificaciones de recetas, resultados de laboratorio y mensajes de atención preventiva. La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos. Los mensajes se envían a través de proveedores seguros como eClinicalWorks y Healow. No se enviarán mensajes de mercadeo. Al otorgar su consentimiento, usted acepta este riesgo. Puede dejar de recibir mensajes de texto respondiendo STOP o comunicándose con UMMA Health.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECETAS ELECTRÓNICAS (E-Prescribing)

UMMA Health utiliza sistemas electrónicos para enviar recetas directamente a las farmacias y revisar el historial de medicamentos para garantizar la seguridad del paciente. La información puede compartirse con farmacias y aseguradoras según lo permita la ley. Usted puede retirar su consentimiento para la prescripción electrónica en cualquier momento.

AVISO DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA / SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

UMMA Health proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística, incluyendo intérpretes calificados y materiales traducidos, para pacientes con dominio limitado del inglés o con discapacidades auditivas. Los servicios de interpretación están disponibles sin costo y pueden solicitarse en cualquier momento durante su visita o atención. Usted puede rechazar los servicios de interpretación si así lo desea.

CONSENTIMIENTO PARA TELEMEDICINA / TELEHEALTH

Propósito: UMMA Health ofrece servicios de telemedicina, que pueden incluir visitas por video, visitas telefónicas, mensajería segura y revisión remota de información médica. Qué incluye la telemedicina: Los servicios de telemedicina pueden incluir evaluación, consulta, diagnóstico y tratamiento mediante comunicaciones de audio, video o electrónicas. La información médica puede compartirse con otros profesionales de la salud según sea necesario para su atención. Beneficios: La telemedicina puede mejorar el acceso a la atención, reducir el tiempo de viaje y permitir un seguimiento oportuno. Riesgos y limitaciones: Los servicios de telemedicina pueden verse afectados por fallas técnicas. Las comunicaciones electrónicas pueden presentar riesgos de privacidad a pesar de las medidas de seguridad. La telemedicina puede no ser apropiada para todas las condiciones, y puede requerirse una visita en persona. Alternativas: Usted puede solicitar una visita en persona en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE ADULTO

Al firmar a continuación, usted confirma que entiende y acepta la información anterior. Este consentimiento permanecerá vigente a menos que sea revocado por escrito.

Nombre Completo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN PARA MENORES DE EDAD SOLAMENTE**CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR LEGAL Y AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR**

Al firmar a continuación, certifico que soy el padre o tutor legal del menor y que tengo la autoridad legal para consentir la atención y reconocer todos los avisos contenidos en este paquete de consentimientos.

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Relación con el Menor: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Cuidadores Adicionales Autorizados (Opcional)

Además, autorizo a los adultos enumerados en el registro del paciente a acompañar a mi hijo/a a UMMA Health para fines de registro, registro de llegada, comunicación y recepción de servicios médicos, dentales y/o de salud conductual de rutina, según lo permita la ley, cuando no pueda estar presente.

1. Nombre de la Persona: _____ Relación con Menor: _____ Teléfono: _____

2. Nombre de la Persona: _____ Relación con Menor: _____ Teléfono: _____