

## INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  
 Pareja

Numero de MediCal/Aseguranze: \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Otro método de contacto  Teléfono de casa  Teléfono de celular  Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Sexo:  Mujer  Hombre

Identidad de género:  Hombre  Mujer  Mujer a Hombre  Hombre a Mujer  Prefiero no decir

Orientación Sexual:  Lesbiana o Gay  Heterosexual  Bisexual  No se  Prefiero no decir

Necesita servicios de interprete?  Si  No Su Lenguaje:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Situación de vivienda?  Ahora tengo hogar  Sin Hogar  Riesgo de perder mi hogar  Vivo en refugio  
 Vivo con otras personas  Vivo en la calle, campamento, puente  Hogar temporal

Origen Étnico:  Hispano  No Hispano  Prefiero no decir

Es Veterano Militar?  Si  No

Raza:  Blanco  Asiático  Americano Nativo  Afro Americano  De Islas Pacificas  Negro o Afroamericano  
 Nativo de Alaska  No se

Tiene una Directiva Avanzada?  Si  No Apellido de soltera de su madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contactos en caso de emergencia (para el paciente, o para el padre/guardian si el paciente es menor de edad):

Nombre de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Esposa/o  Madre  Padre  Abuelo/a  Otro: \_\_\_\_\_

Otro método de contacto:  Mensaje  Teléfono celular  Correo electrónico  Confidencial \_\_\_\_\_

### Información sobre sus Ingresos

(La persona responsable por los pagos médicos. En caso de un paciente menor de edad, el padre o la madre)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección:  la misma descrita arriba \_\_\_\_\_ Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación al paciente:  Padre  Esposa/o  Otro \_\_\_\_\_

**Datos Sobre Ingresos:** Usamos esta información para determinar la escala de descuento para la cual califica.

Ingreso de familia: \$ \_\_\_\_\_ por  Año  Mes  Semana # de personas en la familia: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MEDICOS**

1. Por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento libremente a la "Asociación Universitaria Médico-Musulmana" que comercia como Clínica Comunitaria UMMA ("Clínica UMMA"), organización caritativa y no lucrativa, y a su/s Médico/s, de llevar a cabo cualquier exámen médico, rayos-x, análisis de laboratorio, anestesia local, procedimientos menores de cirugía, que se consideren aconsejables por el Médico/s y en beneficio de:

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

2. Por medio de la presente autorizo a la Clínica UMMA dar información personal relacionado con la salud, (la cual se ha obtenido durante el transcurso de tratamiento) a cualquier hospital, clínica, y oficina de seguro médicos si estos la solicitan. Pero, si usted desea obtener información específica en cuanto al tipo de información que se puede proporcionar a otras instituciones, por favor no dude en consultar con el personal que trabaja en la clínica antes de firmar este consentimiento. Usted tiene el derecho de poner restricciones a quién/es se puede proporcionar su información protegida de salud personal, la cual se nos permite compartir para proporcionar tratamiento y para obtener pago de seguros médicos, como la oficina de Medi-Cal. En cualquier caso no estamos obligados a consentir dichas restricciones. Usted tiene el derecho a anular este consentimiento por escrito salvo en caso hasta el grado de que hayamos tomado acción en base a éste.

Yo entiendo que al negarme a firmar este consentimiento, la Clínica UMMA puede negarse a tratarme de acuerdo con la sección 164.506 del Código Federal de Reglamentaciones.

3. Por medio de la presente autorizo al personal médico de la clínica UMMA a solicitar cualquier información pertinente a la salud de la persona arriba mencionada, a las instituciones, clínicas, hospitales y médico familiar visto antes de la fecha de hoy.

4. Estoy de acuerdo en que si discontinúo el tratamiento que se me ha iniciado, incluyendo tratamiento para mi hijo(a), por mi cuenta sin el permiso o decisión del médico/a de la Clínica UMMA, yo asumo responsabilidad por las consecuencias nocivas que esto implica para mi salud o salud de mi hijo(a).

La firma de la persona/as ratifican que han leído este consentimiento, y en el caso de que el paciente sea menor de edad las firmas de esta/s persona/s se aprueban como padre/madre o tutor del menor de edad.

La firma de la persona/as autoriza/n a cualquier adulto/s abajo mencionados, a traer al niño/a para recibir servicios médicos, tratamiento o de diagnóstico en el beneficio del menor de edad.

Nombre del Adulto	Edad	Relación con el Menor
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padres/ Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FOR UMMA STAFF ONLY**

Entered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ ACCT #: \_\_\_\_\_