



## **MCHC HEALTH CENTERS**

### **We respect your privacy and keep all information confidential!**

The questions we ask on the Patient Registration form are important. Our providers need information about your medical and surgical history, sexual orientation, race and other personal facts to make sure they provide care that addresses your individual risk factors and needs.

If you have any questions or concerns about the questions on the Patient Registration form, please discuss them with your nurse or medical provider when roomed.

Thank you.



## **MCHC HEALTH CENTERS**

### **¡Respetamos su privacidad y mantenemos toda información confidencial!**

Las preguntas que hacemos en la forma de registro del paciente son importantes. Nuestros proveedores médicos necesitan información sobre su historia médica y quirúrgica, orientación sexual, raza y otros datos personales para asegurar que le proporcionen el cuidado adecuado con sus factores de riesgos individuales y sus necesidades.

Si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones acerca de las preguntas en la forma de registro del paciente, por favor discútalas con su enfermera o médico cuando lo atiendan.

Gracias.



**PATIENT**

Last Name:

First Name:

MR#:

DOB:

Date:



**MCHC HEALTH CENTERS**

Form #CROSS-010-S

Rev. 01-20

Page 1 of 3

**REGISTRO DEL PACIENTE**

**Información del Paciente:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2° Nombre \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Pronombres preferidos (él, ella, ellos): \_\_\_\_\_

Apellido Anterior: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer:  Masculino  Femenino

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

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Dirección Particular (si diferente de la dirección postal):  
\_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Idioma Principal (Preferido):  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Soltero  Soltero c/pareja  Divorciado  Separado  Viudo(a)

Nombre del Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

Marque su método de contacto preferido:

Teléfono:  Casa \_\_\_\_\_  Trabajo \_\_\_\_\_  Celular \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No Si no, proporcione por favor un número alternativo): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  No hay dirección de correo electrónico

**In caso de emergencia, por favor, contactar:**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Información Adicional del Paciente (por favor, responda a todas las preguntas):** Esta información se requiere solo para fines demográficos y no afectará su atención.

**Sin hogar:**  SI  NO En caso afirmativo, complete el estado de persona sin hogar a continuación:

**Estado de persona sin hogar (Por favor, marque una):**

- Vivienda de Apoyo Permanente  Motel/Hotel  Programa de Vivienda
- Calle/Campamento  Alojamiento Transicional  Albergue  Compartiendo (Familiar o Amigo)

**Trabajador Agrícola:**  SÍ  NO En caso afirmativo:  Migrante  Estacional

**Veterano:**  SÍ  NO

**Raza (Marque todos los que correspondan, por favor):**

- Blanco (inc. Hispano/Latino)  Negro/Afroamericano
- Asiático  Indio Americano/Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico
- Más de una raza  Rechazó especificar

**Origen étnico (Por favor marque uno):**

- Hispano o Latino  No-Hispano  No reportado/Se rehusó a reportar

**Tamaño de la Familia:** \_\_\_\_\_ **Ingreso Familiar:** \$ \_\_\_\_\_  Anual

**HILLSIDE HEALTH CENTER**  
333 Laws Ave., Ukiah  
(707) 468-1010  
hillsidehealthcenter.org

**DORA STREET HEALTH CENTER**  
1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah  
(707) 468-1015  
dorastreethealthcenter.org

**LAKEVIEW HEALTH CENTER**  
5335 Lakeshore Blvd., Lakeport  
(707) 263-7725  
lakeviewhealthcenter.org

**LITTLE LAKE HEALTH CENTER**  
45 Hazel St., Willits  
(707) 456-9600  
littlelakehealthcenter.org

**PATIENT**

Last Name:

First Name:

MR#:

DOB:

Date:



**MCHC HEALTH CENTERS**

Form #CROSS-010-S

Rev. 01-20

Page 2 of 3

La orientación sexual y la identidad de género pueden desempeñar un papel importante en la determinación de los resultados de salud. Hacer estas preguntas también mejora la atención centrada en el paciente.

*Como se ve usted?:*

**Identificación de género (marque una):**

- Femenino  Masculino  Femenino a masculino/Transgénero
- Masculino a femenino/transgénero  Afeminado  Otro  Se negó a especificar

**Orientación sexual (marque una):**

- Heterosexual  Gay, Lesbiana, Homosexual  Bisexual
- No sabe  Otro  Se negó a especificar

**Seguro Primario:**

- Medi-Cal  Medicare  Pacto Familiar  Sociedad  CMSP
- Cualquier Otra Cobertura \_\_\_\_\_ (Blue Cross, Blue Shield, Delta, etc.)

ID/Subscriber #: \_\_\_\_\_ Plan/Grupo #: \_\_\_\_\_

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

Relación del Paciente con el Suscriptor:  Él mismo  Cónyuge  Hijo  Otro

**Seguro Secundario:**

- Medi-Cal  Medicare  Pacto Familiar  Sociedad  CMSP
- Alguna Otra Cobertura \_\_\_\_\_ (Blue Cross, Blue Shield, Delta, etc.)

ID/Suscriptor #: \_\_\_\_\_ Plan/Grupo #: \_\_\_\_\_

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

Relación del Paciente con el Suscriptor:  Él mismo  Cónyuge  Hijo  Otro

**Si el paciente es menor de edad, llene esta sección.**

**Parte Responsable:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2º Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

<b>HILLSIDE HEALTH CENTER</b> 333 Laws Ave., Ukiah (707) 468-1010 hillsidehealthcenter.org	<b>DORA STREET HEALTH CENTER</b> 1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah (707) 468-1015 dorastreethealthcenter.org	<b>LAKEVIEW HEALTH CENTER</b> 5335 Lakeshore Blvd., Lakeport (707) 263-7725 lakeviewhealthcenter.org	<b>LITTLE LAKE HEALTH CENTER</b> 45 Hazel St., Willits (707) 456-9600 littl lakehealthcenter.org
---	---	---	---

**PATIENT**

Last Name:

First Name:

MR#:

DOB:

Date:



**MCHC HEALTH CENTERS**

Form #CROSS-010-S

Rev. 01-20

Page 3 of 3

**CONDICIONES DE TRATAMIENTO**

**ACUERDO FINANCIERO:** Yo acepto hacer pagos puntuales a medida que se reciban las cuentas por los servicios prestados por Mendocino Community Health Clinic, Inc. Yo acepto pagar intereses a la tasa legal si la cuenta se convierte en morosa, y si fuera necesario que la cuenta sea canalizada a una agencia de cobranza yo pagaré los honorarios de abogado y los gastos de cobranza.

***Si usted está preocupado respecto a su capacidad para pagar por su atención médica, hable por favor con nuestros Representantes de Servicios Financieros.***

**ASIGNACIÓN A MEDICARE:** Yo certifico que la información que he proporcionado al solicitar pago bajo el Título VII de la Ley del Seguro Social es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados sea realizado en mi nombre.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** En caso de que yo tenga derecho a beneficios de alguna póliza de seguro que me asegure a mí o a alguna otra parte responsable ante mí, yo asigno esos beneficios directamente a MCHC, Inc. para su aplicación a mi cuenta. Yo acepto que MCHC, Inc., pueda emitir un recibo por dicho pago, que dicho pago exonerará a la compañía de seguros de sus obligaciones en virtud de la póliza, en la medida del pago, y que yo seré responsable por los cargos no cubiertos por este acuerdo.

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO:** Al firmar abajo, yo autorizo al personal de MCHC y a los proveedores de atención de salud a realizar cualquier examen, pruebas y procedimientos y a proveer cualquier medicamento, tratamiento o terapia necesaria para evaluarme, diagnosticarme y tratarme. Yo entiendo que aun así puedo rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento específico. También es posible que soliciten que firme formularios adicionales proporcionando mi consentimiento para tipos de tratamiento o procedimientos específicos. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se pueden proporcionar garantías con respecto a los resultados de mi evaluación y/o tratamiento.

\_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

**HILLSIDE HEALTH CENTER**  
333 Laws Ave., Ukiah  
(707) 468-1010  
hillsidehealthcenter.org

**DORA STREET HEALTH CENTER**  
1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah  
(707) 468-1015  
dorastreethealthcenter.org

**LAKEVIEW HEALTH CENTER**  
5335 Lakeshore Blvd., Lakeport  
(707) 263-7725  
lakeviewhealthcenter.org

**LITTLE LAKE HEALTH CENTER**  
45 Hazel St., Willits  
(707) 456-9600  
littlelakehealthcenter.org



**MCHC HEALTH CENTERS****INFORMATION: ADVANCE DIRECTIVES AND  
DO NOT RESUSCITATE ORDERS**

<b>¿Qué es una directriz anticipada?</b>	<p>Una directriz anticipada le dice a su médico qué clase de cuidado a usted le gustaría tener si llegara a no poder tomar sus propias decisiones médicas; por ejemplo, si usted se encontrara en un estado de coma. Si se le admite al hospital, el personal del hospital probablemente le hablará acerca de las directrices anticipadas.</p> <p>Una buena directriz anticipada describe la clase de tratamiento que usted desea dependiendo de qué tan enfermo usted se encuentre. Por ejemplo, las directrices describirían qué tipo de cuidado usted desea si tiene una enfermedad de la cual es muy probable que no se recupere, o si usted está inconsciente permanentemente. Las directrices anticipadas usualmente le dicen a su médico que usted no quiere ciertos tipos de tratamiento. Sin embargo, también pueden decir que usted quiere cierto tipo de tratamiento sin importar qué tan enfermo o enferma se encuentre.</p> <p>Las directrices anticipadas pueden tomar muchas formas. Las leyes acerca de las directrices anticipadas son diferentes en cada estado. Usted debe estar al tanto de las leyes en su estado.</p>
<b>¿Qué es un testamento de vida?</b>	<p>Un testamento de vida es un tipo de directriz anticipada. Es un documento legal y por escrito, que describe el tipo de tratamientos médicos, o de tratamientos para mantenerse vivo, que usted desearía recibir, si estuviera enfermo de gravedad o si tuviera una enfermedad mortal. Un testamento de vida no le permite elegir a alguien para que tome decisiones por usted.</p>
<b>¿Qué es un poder de duración indeterminada para fines de atención médica?</b>	<p>Un poder de duración indeterminada para fines de atención médica (DPA por sus iniciales en inglés) es otro tipo de directriz anticipada. Un DPA da a conocer a quién usted ha elegido para tomar las decisiones de salud por usted. Un DPA se activa en cualquier momento en que usted esté inconsciente o sea incapaz de tomar decisiones médicas. Un DPA usualmente es más útil que un testamento de vida. Pero el DPA puede no ser una buena opción si no tiene a otra persona en quien puede confiar para que tome estas decisiones médicas por usted.</p> <p>Los testamentos de vida y los DPA son legales en la mayoría de los estados. Aunque no sean reconocidos oficialmente por la ley de su estado, de todos modos pueden guiar a sus seres queridos y a su médico si usted es incapaz de tomar decisiones acerca de su cuidado médico. Pregúntele a su médico, abogado o a un representante estatal sobre la ley en su estado.</p>

**MCHC HEALTH CENTERS**

<p><b><i>¿Qué es una orden de no resucitar?</i></b></p>	<p>Una orden de no resucitar ("Do Not Resuscitate"), DNR por sus iniciales en inglés, es otro tipo de directriz anticipada. Una DNR es una solicitud de que no le den resucitación cardiopulmonar ("cardiopulmonary resuscitation") ó CPR por sus iniciales en inglés, si su corazón se para o si usted deja de respirar. Salvo que reciban otras instrucciones, el personal hospitalario tratará de ayudar a todos los pacientes a quienes su corazón haya dejado de latir o que han dejado de respirar. Usted puede usar un formulario de directriz anticipada o puede decirle a su médico que no quiere ser resucitado. En este caso, su médico coloca una orden DNR en su historia médica. Las órdenes DNR son aceptadas por doctores y hospitales en todos los estados.</p>
<p><b><i>¿Debería yo tener una directriz anticipada?</i></b></p>	<p>Al establecer una directriz anticipada, usted está dando a conocer sus preferencias con respecto a atención médica antes de tener que enfrentar una lesión o enfermedad grave. Esto les quitará a sus seres queridos el peso de tener que tomar decisiones con respecto a su atención médica mientras usted está enfermo. Cualquier persona con 18 años o más puede preparar una directriz anticipada.</p> <p>La gente que está enferma de gravedad o que tiene una enfermedad terminal es más probable que tenga una directriz anticipada hecha. Por ejemplo, alguien con cáncer que puede causar su muerte podría escribir que quiere que no se le conecte a un respirador si deja de respirar. Esta acción puede reducir su sufrimiento, aumentar su tranquilidad y aumentar el control que la persona tiene sobre su muerte. Sin embargo, incluso si usted está bien de salud podría considerar escribir una directriz anticipada. Un accidente o enfermedad grave pueden ocurrir de repente, y si usted ya ha firmado una directriz anticipada, es más probable que sus deseos se cumplan.</p>
<p><b><i>¿Cómo puedo escribir una directriz anticipada?</i></b></p>	<p>Usted puede escribir una directriz anticipada de varias formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Use la forma provista por su médico.</li> <li>• Escriba sus deseos por su cuenta.</li> <li>• Con el objeto de obtener un formulario, llame a su departamento de salud o al departamento estatal para la vejez.</li> <li>• Llame a un abogado.</li> <li>• Use un programa de "software" para escribir documentos legales en el computador.</li> </ul> <p>Las directrices anticipadas y los testamentos de vida no tienen que ser documentos legales complicados. Pueden ser afirmaciones simples y cortas acerca de lo que quiere que le hagan o no le hagan en caso de que no pueda comunicar sus deseos por sí mismo. Acuérdesse, cualquier cosa que usted escriba por sí solo o con un programa de computador para hacer documentos legales, debe estar de acuerdo con las <a href="#">leyes de su estado</a>. Probablemente usted también debe hacer que lo que escribió sea revisado por su médico o por un abogado con el objeto de asegurarse que sus directrices sean comprendidas exactamente como usted lo deseó. Cuando esté satisfecho con sus directrices, las órdenes deben en lo posible ser notariadas, y se les debe entregar copia a su familia y a su médico.</p>



**MCHC HEALTH CENTERS**

<b><i>¿Puedo cambiar mi directriz anticipada?</i></b>	<p>Usted puede cambiar o cancelar su directriz anticipada en cualquier momento con tal de que se considere que usted reúne todas las facultades mentales para hacerlo. Reunir todas las facultades mentales significa que usted todavía está en capacidad de pensar racionalmente y de comunicar sus deseos de una manera clara. Nuevamente, sus cambios se deben hacer, firmar y notariar de acuerdo con las leyes de su estado. Asegúrese de que su médico y cualquier miembro de familia que supiera acerca de sus directrices también esté al tanto de que usted las ha cambiado.</p> <p>Si usted no tiene tiempo para poner sus cambios por escrito, usted puede darlos a conocer mientras está en el hospital. Dígale a su médico y a cualquier miembro de familia o amigos presentes exactamente lo que usted quiere que ocurra. Usualmente, los deseos que se hacen en persona se siguen en reemplazo de los que se hicieron antes por escrito. Asegúrese de que sus instrucciones sean comprendidas con claridad por todas las personas a quien usted se las dijo.</p>
---	---

*From The American Academy of Family Physicians*

**Hillside Health Center**

333 Laws Ave., Ukiah  
707.468.1010

**Lakeview Health Center**

5335 Lakeshore Blvd., Lakeport  
707.263.7725

**Little Lake Health Center**

45 Hazel St., Willits  
707.456.9600



**PATIENT**

Last Name:

First Name:

DOB:

Date:



**MCHC HEALTH CENTERS**

Form #HIM-002-S

Rev. 1-22

Page 1 of 1

**Acuse de recibo de las prácticas de privacidad**

Al firmar este formulario, reconoce que recibió el Aviso de las prácticas de privacidad de Mendocino Community Health Clinic (MCHC). En nuestro Aviso de las prácticas de privacidad, encontrará cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea completamente.

Es posible que cambiemos nuestro Aviso de las prácticas de privacidad. Si cambiamos el aviso, puede obtener una copia del aviso revisado en nuestro sitio web <http://www.mchinc.org/> al ingresar en el enlace de Privacidad del paciente, que se encuentra al final de la página o puede recoger una copia en papel en cualquier sala de MCHC. Además, cada vez que se registre o acuda a MCHC por algún tratamiento o servicio de atención de la salud, estará disponible una copia del aviso actualmente en vigor para usted.

Reconozco que recibí el Aviso de las prácticas de privacidad de Mendocino Community Health Clinic.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

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

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

*Paciente/Representante legal*

**HILLSIDE HEALTH CENTER**  
333 Laws Ave., Ukiah  
(707) 468-1010  
hillsidehealthcenter.org

**DORA STREET HEALTH CENTER**  
1165 S. Dora St., Ste. A-1 & B-1, Ukiah  
(707) 468-1015  
dorastreethealthcenter.org

**LAKEVIEW HEALTH CENTER**  
5335 Lakeshore Blvd., Lakeport  
(707) 263-7725  
lakeviewhealthcenter.org

**LITTLE LAKE HEALTH CENTER**  
45 Hazel St., Willits  
(707) 456-9600  
littlakehealthcenter.org