



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#:

Date:

**MCHC HEALTH CENTERS**

Form #CROSS-010-S

Rev. 01/24

Page 1 of 3

PATIENT REGISTRATION

Apellido:		Nombre:		Inicial 2° Nombre:	
Apellido Anterior:			Nombre Preferido:		
Pronombres preferidos (él, ella, ellos):			Número de Seguro Social:		
Fecha de Nacimiento:			Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Dirección Postal:					
Ciudad, Estado, C.P.:					
Dirección Particular:					
Teléfono:		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		¿Podemos dejar un Mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de teléfono alternativo:			<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		
Correo electrónico:				<input type="checkbox"/> No hay correo electrónico	
Idioma Principal (Preferido):		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro			
Nombre del Proveedor Médico:					
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Soltero con pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo(a)					
Contacto de emergencia – Nombre:					
Teléfono:			Relación:		
Pacientes menores de 18 años o adultos dependientes: Padres/Tutor legal/Conservador					
Apellido:		Nombre:		Relación:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:		Teléfono:		
Dirección (si es diferente):					
Apellido:			Relación:		
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:		Teléfono:		
Dirección (si es diferente):					

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
littl lakehealthcenter.org

PATIENT

Last Name:

First Name:

MR#:

Date:



Form #CROSS-010-S

Rev. 01/24

Page 2 of 3

MCHC HEALTH CENTERS

Información Adicional del Paciente: Esta información se requiere solo para fines demográficos y no afectará su atención

Tamaño de Familia: Mensual Anual

Trabajador Agrícola: Sí No En caso afirmativo: Migrante Estacional

Veterano: Sí No

<p>Sin hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Por favor, marque uno:</p> <p><input type="checkbox"/> Compartiendo (Familiar o Amigo)</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Motel/Hotel</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Calle/Campamento</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda Transicional</p> <p><input type="checkbox"/> Albergué</p>	<p>Identificación de género:</p> <p>Por favor, marque uno:</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino a masculino/Transgénero</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino a femenino/Transgénero</p> <p><input type="checkbox"/> Genero Queer</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Se negó a especificar</p>	<p>Orientación sexual:</p> <p>Por favor, marque uno:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Gay, Lesbiana, Homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Se negó a especificar</p>
--	---	---

<p>Raza: Por favor, marque uno:</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco (inc. Hispano/Latino)</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Japones</p>	<p>Etnicidad: Por favor, marque uno:</p> <p><input type="checkbox"/> No Hispano, Latino, u Origen Español</p> <p><input type="checkbox"/> Puertorriqueño</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano, Chicano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Origen Hispano, Latino, o Español</p> <p><input type="checkbox"/> Cubano</p> <p><input type="checkbox"/> Se negó a especificar</p>
---	---

Seguro Primario: Partnership/Medi-Cal Medicare CMSP Pacto Familiar Otra Cobertura

ID/Numero de Suscriptor: _____ Plan/ Numero de Grupo: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación del paciente con el suscriptor: Si mismo Cónyuge Hijo Otro _____

Seguro Secundario: Partnership/Medi-Cal Medicare CMSP Pacto Familiar Otra Cobertura

ID/Numero de Suscriptor: _____ Plan/ Numero de Grupo: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación del paciente con el suscriptor: Si mismo Cónyuge Hijo Otro _____

PATIENT

Last Name:

First Name:

MR#:

Date:



MCHC HEALTH CENTERS

Form #CROSS-010-S

Rev. 01/24

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: _____

(Padre/Tutor debe firma para menores)

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____

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

¿Qué es una directriz anticipada?	<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>
¿Qué es un testamento de vida?	<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>
¿Qué es un poder de duración indeterminada para fines de atención médica?	<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><i>¿Qué es una orden de no resucitar?</i></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><i>¿Debería yo tener una directriz anticipada?</i></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><i>¿Cómo puedo escribir una directriz anticipada?</i></p>	<p>Usted puede escribir una directriz anticipada de varias formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use la forma provista por su médico. • Escriba sus deseos por su cuenta. • Con el objeto de obtener un formulario, llame a su departamento de salud o al departamento estatal para la vejez. • Llame a un abogado. • Use un programa de "software" para escribir documentos legales en el computador. <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 leyes de su estado. 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

<p><i>¿Puedo cambiar mi directriz anticipada?</i></p>	<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

PATIENT

Last Name:

First Name:

MR#:

DOB:

Date:



MCHC HEALTH CENTERS

Form #HIM-002-S

Rev. 04-16

Page 1 of 1

Acknowledgement of Receipt of Privacy Practices

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Mendocino Community Health Clinic. Nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* le informa de qué modo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Le recomendamos que lo lea en su totalidad

Podremos modificar nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*. Si modificamos nuestro aviso, usted podrá obtener una copia del aviso corregido accediendo a nuestro sitio web: <http://www.mhcinc.org/> ingresando en el enlace *Patient Privacy* (Privacidad de los Pacientes) en la parte inferior de la página, o recoger una copia impresa en la recepción de cualquier MCHC. Además, cada vez que se registre en MCHC o que vaya a uno de sus centros para recibir tratamiento o servicios de atención médica, podrá obtener una copia del aviso actual vigente.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*, comuníquese con:

DIRECCIÓN: MCHC Privacy Officer
333 Laws Avenue
Ukiah CA 95482.

TELÉFONO: (707) 472-0218

Todos los reclamos deberán ser presentados por escrito. No será sancionado por presentar un reclamo.

___ He leído y entiendo este aviso.

-O-

___ He leído y me niego a firmar este aviso.

Reconozco haber recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Mendocino Community Health Clinic.

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente/Representante Legal

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