



PATIENT REGISTRATION AND CONSENT FORM

PATIENT INFORMATION

Last Name:		First Name:		Middle Name:	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed	
Birth Name or Previous Name:					Gender Identity: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Transgender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Chose not to disclose	
Social Security #:		Date of Birth: / /		Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Lesbian or Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Something else <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> Chose not to disclose		
Street Address:			Apt. #:	City:	State:	ZIP Code:
Race: (select all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black / African American <input type="checkbox"/> American Indian / Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> More than one race <input type="checkbox"/> Refuse to Report			Ethnicity: (select one) <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Refuse to Report		Need a Translator or Interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, what is patient's preferred language?	
Primary/ Home Phone #: ()		Cell #: ()		Email address:		
<i>If you are the parent of a child between the ages 12 and 17, You will be granted partial access to your child's medical record.</i>			Cell #(patients 12-17 years):		Email address(patients 12-17 years):	
Housing: (If Homeless, check applicable) <input type="checkbox"/> In homeless shelter <input type="checkbox"/> In transitional housing <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Living on the Street <input type="checkbox"/> Doubling Up <input type="checkbox"/> Unknown		Are you a Veteran: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Public Housing: Are you a Public Housing Resident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Are you an Agricultural Worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, select one: <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Seasonal Worker	

FAMILY AND INCOME INFORMATION

Person responsible for bill: (Name, Date of Birth and Contact Information)		
Family Size:	Monthly Income:	Employment Status : <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Not Employed
Education: <input type="checkbox"/> Not a Student <input type="checkbox"/> Full-Time Student <input type="checkbox"/> Part-Time Student		Source of Income:

HEALTH INSURANCE INFORMATION Please present Insurance Card(s) to Receptionist

Do you have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you have Family Pact coverage (FPACT)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have Dental Coverage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you have medical coverage through work or Spouse's work, Union or privately purchased insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

IN CASE OF EMERGENCY

Emergency Contact : Name:	Relationship to patient:	Home Phone #: ()	Cell #: ()
-------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------

I request and give my permission to San Diego Family Care and its assigned physicians & auxiliary personnel to render such treatment necessary as determined by my condition. Such treatment is to include laboratory tests, radiology and life-sustaining measures, if necessary. I understand auxiliary personnel include Nurse Practitioner, Nurse, & Medical Assistant. It is further understood that if I refuse any treatment suggested San Diego Family Care, I automatically release them from responsibility for damages which may occur because of my refusal. I realize my refusal will be documented and witnessed by no less than two persons, including the supervising physician in charge. **Initials** _____

Advance Directive: I have received information about advance directive and I understand that I have the right to formulate advance directives that would be filed in my medical file. I understand that I can change my instruction if I desire in the future. **Initials** _____

Insurance Assignment of Benefits: The above information is complete and correct. I hereby authorize release of information necessary to file a claim with my insurance company and I assign benefits otherwise payable to me, to the clinic indicated on the claim. I understand that I am financially responsible for charges not covered by my insurance or by programs that I am determined to be ineligible for. **Initials** _____

Use, Disclosure of Photographs: I hereby acknowledge that San Diego Family Care and its staff have my permission to photograph myself or my family member to assist in identifying the associated medical record in the Electronic Medical Record System, consistent with California and Federal law concerning the privacy of individually identifiable health. This photograph will not be used for any other purpose than identification of patient for clinical care. I understand that San Diego Family Care may not release my photograph to any other requestor/medical provider without my permission.

I authorize the use of photograph Yes No **Initials** _____

Communications: I authorize San Diego Family Care and its staff to contact me via text message or to leave a voice message for me.

Text Message Yes No **Voice Message:** Yes No **Initials** _____

Patient / Parent or Guardian Signature

Date



REGISTRACION Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

PATIENT INFORMATION					
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo					
Nombre de Nacimiento/Otro:				Identidad de Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Transexual: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	
No. De Seguro Social:		Fecha de Nacimiento: / /		Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay/Lesbiana) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	
Domicilio :			Apt. #:	Ciudad:	Estado:
Código Postal:					
Raza: (marque todos los que le apliquen) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afro- Americano <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Rehúsa reportar			Grupo Étnico: (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Rehúsa reportar		¿Necesita traductor o interprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si necesita interprete, ¿Qué idioma prefiere el paciente?
Teléfono Primario o de Casa: () ()		Teléfono de Celular: () ()		Correo Electrónico:	
<i>Si usted es el padre de un niño entre las edades de 12 y 17 años, se le otorgará acceso parcial al expediente médico de su hijo.</i>			Cel # (pacientes 12-17 años):		Correo Electrónico (pacientes 12-17 años):
Vivienda: (Si es una persona sin hogar, marque uno) <input type="checkbox"/> En refugio <input type="checkbox"/> Vivienda Temporal <input type="checkbox"/> Viviendo en la calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Viviendo con otras personas <input type="checkbox"/> Desconocido			Asistencia para Vivienda: ¿Recibe asistencia para vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Es trabajador del campo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es trabajador del campo, ¿Qué tipo?: <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional		Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
INFORMACION DE INGRESOS DE LA FAMILIA					
Persona responsable de los pagos: (Nombre, Fecha de Nacimiento e Información de Contacto)					
Cuantos en la familia:		Ingreso Mensual:		Estatus de Empleo : <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sin Empleo	
Educación: <input type="checkbox"/> No es Estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo parcial				Fuente de Ingreso:	
INFORMACION SOBRE SEGURO MEDICO					
Por favor muestre su(s) Tarjeta(s) de Seguro al Recepcionista.					
¿Tiene seguro médico?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene cobertura para Planificación Familiar?(FPACT) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene cobertura dental?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene cobertura a través de su trabajo, el trabajo de su esposo(a), Unión u otro seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
EN CASO DE EMERGENCIA					
Contacto de Emergencia :			Parentesco con paciente:	Teléfono de casa:	Teléfono de Celular:
Nombre:				() ()	() ()
<p>Pido y doy permiso a San Diego Family Care y sus Doctores y Personal Auxiliar asignados para proveer el tratamiento necesario determinado por mi condición de salud. Dicho tratamiento incluye pruebas de laboratorio, radiología y medidas que preserven la vida de ser necesario. Entiendo que el personal auxiliar incluye Enfermeras Practicantes Certificadas, Asistentes de Doctor Certificados, Enfermeras Tituladas y Asistentes Médicos. Entiendo que si rehusó cualquier tratamiento sugerido por San Diego Family Care automáticamente lo deslindo de toda responsabilidad por daños que puedan ocurrir por mi rehusó. Entiendo que mi rehusó será documentado y testificado por lo menos con dos personas- incluyendo el Doctor a cargo. Iniciales _____</p> <p>Directriz Médica: He recibido información acerca de instrucciones anticipadas y entiendo que tengo derecho a formular instrucciones previas que se archivarán en mi expediente médico. Entiendo que puedo cambiar mis instrucciones si deseo en el futuro. Iniciales _____</p> <p>Asignación de beneficios de Seguro Médico: Autorizo que la distribución de la información necesaria para procesar los pagos de mi seguro médico. Autorizo los pagos de beneficio médico a San Diego Family Care. Entiendo y estoy de acuerdo de que en caso que la aseguradora o el programa de beneficios al que pertenezco se niegue a pagar por los servicios prestados a mi persona, yo soy la persona responsable de cubrir los cargos. Iniciales _____</p> <p>Autorización para el uso de fotografías: Por este medio doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi o de mi familia para ayudar a identificarme con mi expediente médico electrónico según lo dispuesto por el estado de California y la ley federal referente a la privacidad de la información individual de salud. Esta fotografía no será utilizada para ningún otro propósito que la identificación del paciente para el cuidado clínico. Entiendo que San Diego Family Care no puede liberar mi fotografía a cualquier otro proveedor médico sin mi permiso. <input type="checkbox"/> Autorizo el uso de Fotografías <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Iniciales _____</p> <p>Comunicaciones: Autorizo a San Diego Family Care y su personal a contactarme por medio de mensajes de Texto y/o dejar mensajes de voz para mi Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mensaje de Voz: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Iniciales _____</p>					
_____ <i>Paciente / Padre o guardián si el paciente es menor de edad</i>				_____ <i>Fecha</i>	