

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

En letra de imprenta

Patient's Name: (Last) / Nombre del paciente: (Apellido) _____ (First) / (Primer nombre) _____ (MI) / (Inicial del segundo nombre) _____

Preferred Full Name / Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): _____

Address / Dirección: _____

City, State, Zip / Ciudad, estado, código postal: _____

Home Phone / Número de teléfono particular (línea fija): _____ Cell / Teléfono celular: _____

Work / Teléfono laboral: _____ Ext. _____

Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____ E-Mail Address / Dirección de correo electrónico: _____

Social Security Number / Número de Seguro Social: _____

Gender Identity / Identidad de género: Female / Femenino Male / Masculino Transgender Female to Male / Mujer transgénero a hombre
Transgender Male to Female / Hombre transgénero a mujer Genderqueer / Género no binario (*Genderqueer*)
Choose not to disclose / Elige no especificar
Additional Gender category / Categoría de género adicional no incluida en la lista _____

Race / Raza: American Indian/Alaska Native / Indoamericano/Nativo de Alaska Asian / Asiático
Native Hawaiian/Pacific Islander / Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Black/African American / Negro/Afroamericano
White / Blanco Hispanic / Hispano Other / Otro Declined/ NC

Ethnicity/Grupo étnico: Hispanic or Latino / Hispano o latino Not Hispanic or Latino / No hispano o latino Declined / NC

Preferred Language / Idioma preferido: English / Inglés Spanish / Español ASL / Lenguaje de señas Japanese / Japonés Mandarin / Mandarín
Korean / Coreano French / Francés Indian: Hindi, Tamil, Gujarati etc. / Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc.
Swahili / Swahili Russian / Ruso Arabic / Árabe Vietnamese / Vietnamita Haitian Creole / Criollo haitiano
Bosnian/Croatian/Serbian/Serbo-Croatian / Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata Albanian / Albanés Burmese / Birmano
Tagalog / Tagalo Farsi-Iranian/Persian / Farsi-Irani/Persa Portuguese / Portugués Cambodian / Camboyano
Other / Otros que no figuran en la lista _____

Marital Status / Estado Civil: Married / Casado/a Single / Soltera/o Divorced / Divorciada/o Widowed / Viuda/o
Legally Separated / Legalmente Separada/o Partner / Pareja

EMERGENCY CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Emergency contact name / Nombre del contacto de emergencia: _____

Relationship to patient / Relación del contacto de emergencia con el paciente: _____ Guardian / Tutor

Address, City, State ZIP / Dirección, Ciudad, Estado, CÓDIGO POSTAL _____

Home phone / Teléfono particular: _____ Work phone / Teléfono laboral: _____ Ext. _____

RESPONSIBLE PARTY / INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente) Información utilizada para los estados de cuenta del paciente

Responsible party / Parte responsable: Another patient / Otro paciente Guarantor /Garante Self / El paciente mismo

Responsible party name: (Last) / Nombre de la parte responsable: (Apellido) _____

(First) / (Primer nombre) _____ (MI) / (Inicial del segundo nombre) _____

Home phone / Teléfono particular: _____ Work phone / Teléfono laboral: _____ Ext. _____

Date of birth / Fecha de nacimiento: _____ Social Security Number / Número de Seguro Social: _____

Sex / Sexo: Female / Femenino Male / Masculino

Address, City, State ZIP / Dirección, Ciudad, Estado, CÓDIGO POSTAL _____

INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Provide your insurance card(s) (primary, secondary, etc.) to the front desk at check-in. / Presente su(s) tarjeta(s) de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

GENERAL CONSENT FOR CARE AND TREATMENT CONSENT / CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y la cirugía recomendada, el procedimiento médico o de diagnóstico que se va a utilizar de modo que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este punto de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo por obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) su consentimiento al tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Tiene el derecho a descontinuar los servicios en cualquier momento.

Tiene el derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que sea ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud sobre cualquier prueba o tratamiento que haya ordenado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a

un médico o proveedor de nivel medio (enfermera practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la condición por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Signature of patient / Firma del paciente o representante personal: _____ Date / Fecha: _____

Printed name of patient / Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____

Relationship to patient / Relación con el paciente: _____

HOW DID YOU LEARN ABOUT US? / ¿Cómo se enteró de nosotros? (Marque todas las que apliquen)

Referring Provider / Proveedor de Referencia	Care Now	Other Social Media / Otros Medios Sociales
Family/Friend / Familia/Amigo	Online Profile / Perfil en Linea	Living Well Magazine
Website / Sitio Web	Facebook	Health Grades or Vitals Website
Search Engine / Buscador	D Magazine	Marketing Mailer / Anuncio
Medical City Dallas Hospital/ER	Insurance / Seguro	Publicatorio de Marketing
Other / Otro (por favor de especificar): _____		