

SANTA YNEZ TRIBAL HEALTH CLINIC

INFORMACION DEL PACIENTE Nuevo Annual

Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____ F. de Nacimiento: _____

Genero: M F NSS#: _____ Casado/a Soltero Nino Otro: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Teléfono: H _____ T _____ C _____ Mejor hora de llamar: 8a-12p 12p-5p

INFORMACION ETNICA Y DEL HOGAR

RAZA: Santa Ynez Chumash Otro Nativo Americano / Indio de Alaska: _____

Otro Chumash: _____ Otro (no nativo): _____

Afiliación Tribal: _____ Cantidad: 1/2 1/4 Otro: _____

Apellido de Padre: _____ FDN: _____ Lugar de Nac.: _____ Tribu: _____

Apellido de Madre: _____ FDN: _____ Lugar de Nac.: _____ Tribu: _____

Ingresos mensuales (bruto): \$ _____ Tamaño de Familia: _____

INFORMACION DE EMPLEO

Lo siguiente es para: el Paciente esposo/a del Paciente otra persona responsable de pagar

Nombre de empresario: _____ Ocupacion: _____ Numero de trabajo: _____

Domicilio de Trabajo: _____ Ciudad: _____ Codigo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo: _____

Telefono: H _____ T _____ C _____ Mejor hora de llamar: 8a-12p 12p-5p

INFORMACION DE ASEGURANSA Y FINANCIERO

INFORMACION DE ESPOSO/A O PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR:

Lo siguiente es para: el Paciente esposo/a del Paciente otra persona responsable de pagar

Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____

FDN: _____ NSS#: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo: _____

Telefono: H _____ T _____ C _____ Mejor hora de llamar: 8a-12p 12p-5p

INFORMACION DE ASEGURANSA:

Plan principal: _____ ID#: _____ #de Grupo: _____

Apellido del asegurado: _____ Nombre: _____ I: _____ Fecha de Nac.: _____

Relacion al paciente: Si mismo Esposo/a Nino Otro: _____

Plan secundario: _____ ID#: _____ #de Grupo: _____

Apellido de asegurado: _____ Nombre: _____ I: _____ Fecha de Nac.: _____

Relacion al paciente: Si mismo Esposo/a Nino Otro: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Como condición de su tratamiento en la Clínica Tribal de Santa Ynez, arreglos financieros se tienen que hacer en avanzado. La clínica depende de el reembolso de los padentes que incurrir del cuidado. La responsabilidad financiera del paciente tiene que ser determinado antes de empezar el tratamiento.

Padentes con aseguransa entienden que los servicios proveídos serán cobrados directamente al paciente y que él/ella serán responsables de los pagos por los servicios. Esta oficina ayudara a preparar las formas para la aseguransa y asistir en colectar de las compañías de aseguransa y acreditaran su cuenta si se colecta algún pago. Sin embargo, esta clínica no puede prestar servicios con la suposición que los cargos serán pagados por completo por la compañía de aseguransa.

Una tarifa servicial de 1½% por mes (18% anual) será cobrada a su balance no remunerado que sobrepasen 60 días, a menos que usted tenga un arreglo financiero.

En la consideración para los servicios profesionales hechos a mí, o conforme a mi petición, por el doctor, acuerdo pagar por lo tanto el valor razonable del doctor dicho de los servicios, o a su cesionario, cuando se hacen los servicios dichos. Convengo más lejos que el valor razonable de los servicios dichos estará según lo mandado la cuenta a menos que sea opuesto a, por mí, en la escritura, dentro de la época para el pago de eso. Convengo más lejos que una renuncia de cualquier abertura de en cualquier momento o condiciono abajo no constituiré una renuncia de cualquier término más otro o condicionar y acuerdo más lejos pagar todos los costes y honorarios razonables del abogado si el juego se instituya abajo.

Concedo mi permiso usted o a su cesionario, para llamarme por teléfono en mi hogar o en mi trabajo para discutir las materias relacionadas con esta forma.

HE LEÍDO LAS CONDICIONES ANTEDICHAS DEL TRATAMIENTO Y DEL PAGO, Y CONVENGO SU CONTENIDO.

Firma del paciente/padre/guardián: _____ Fecha: _____ Relación al paciente: _____

Firma de persona responsable por pagar / Partido responsable: _____ Fecha: _____ Relación al paciente: _____

STAFF USE ONLY: Address verified by Eligibility Specialist Signature: _____

CHS or Direct Status verified Signature: _____

Santa Ynez Tribal Health Clinic

90 Via Juana Lane
P.O. Box 539
Santa Ynez, Ca. 93460
(805) 688-7070
Fax# (805) 686-2060

**ACTO DE PRIVASIDAD PARA PRÁCTICAS
MÉDICAS Y DENTALES**

Yo, _____, reconozco que he recibido una copia de la forma el Acto De Privacidad Para Practicas Medicas Y Dentales, DE LA CLINICA TRIBU DE SANTA YNEZ.

He leído la forma de el Acto De Privacidad y me han informado que mi expediente medico o dental se mantendrá en el departamento de registros médicos de la Clinica Tribu Santa Ynez.

Entiendo que la información que yo les de y la que se colecte sobre mi estado medico es necesaria para mi expediente y para el De la Clínica Santa Ynez o contratistas de servicios médicos, Ho personal de la Clínica Tribu para así poder darme la ayuda necesaria para mi bienestar. También se me a informado que mi expediente o cualquier documento de mi expediente no se ele dará a ninguna agencia o persona, a menos que yo lo autorice.

Doy permiso para que (Yo O mi hijo/hija) seamos atendidos en la Clínica Tribu De Santa Ynez

Asignación de los Beneficio

Pt Inicial _____

Yo solicito que el pago de mi seguro medico sea hecho directamente a Clínica Tribu de Santa Ynez.

Entiendo que el pago es mi responsabilidad en caso de que:

- Mi seguro medico no cubra los servicio.
- Mi seguro medico no cubra por servicios (Deductibles)
- Mi seguro medico sea cancelado.

Persona próxima o responsable de mi cuidado medico, o director de cuidado medico avanzado

Pt Inicial _____

Si yo me encuentro temporal o permanentemente incapacitado/a de tomar decisiones sobre mi cuidado medico la persona próxima o responsable es: _____

La persona próxima o responsable puede tomar las siguientes decisiones:

- Visitantes, o de problemas referentes a las visitas de amigos o familiares.

Tales decisiones serán consistentes con mis deseos, o si mis deseos son desconocidos las decisiones tienen que ser consistente para mi mejor interés o beneficio.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante o Guardián del Paciente
(Por favor indique su parentesco)

Fecha

Firma y Titulo del Empleado/a de SYTHC

Fecha

CUESTIONARIO DE EVALUACION PARA TUBERCULOSIS

Fecha de hoy: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su Nombre Completo: _____

1. ¿Ha tenido una prueba de tuberculosis (PPD por sus siglas en inglés)? Si No
¿Si lo tuvo, cuál es la fecha de la prueba más reciente? Fecha: _____
¿Cuál fue el resultado? Negativo Positivo
2. ¿Si su prueba fue positivo, cuál fue la fecha de la radiografía, del pecho, más reciente?
Fecha: _____ ¿Cuál fue el resultado? Negativo Positivo
3. ¿Ha recibido tratamiento para la tuberculosis o ha recibido tratamiento porque tuvo una prueba positivo? Si No
¿Si fue positivo, cuál medicamento le recetaron? _____
¿Aproximadamente, cuál fue la fecha del tratamiento? De cuál fecha: _____ A cuál fecha: _____
4. ¿Fue expuesto a alguien con tuberculosis activo? Si No
5. ¿Ha vivido o trabajado en una clínica médica o hospital, en un asilo de personas sin hogar, establecimiento de desintoxicación para droga o alcohol, o en la cárcel, en donde usted pudo haber tenido contacto directamente con personas infectadas con tuberculosis? Si No
6. ¿Ha vivido o viajado extensivamente en África, Asia, Centro América, México, o Sur América? Si No
7. ¿Tiene cualquier enfermedad médica que es conocida como alguna que suprime el sistema inmune, tal como cancer, VIH, o adición al alcohol o droga? Si No
8. ¿Ha tenido una enfermedad que requiere tratamiento con quimioterapia o prednisona (cortisona)? Si No
9. ¿Ha recibido la vacuna BCG (por sus siglas en inglés)? Si No
¿Si su contestación, cuando (aproximada)? Fecha: _____

REVIEWED BY MD: _____ TB Risk: High Low MD Initial: _____

This part to be completed by medical technician Test placed by: _____

Date of Test: _____ Dose: _____ Site: _____

Manufacturer: _____ Lot #: _____ Expiration Date: _____

Date Read: _____ Read By: _____ Result: Induration: _____ x _____ mm

Interpretation: Negative Positive Action Taken: _____

THE FORM BELOW MAY BE COMPLETED, REMOVED AND GIVEN TO THE PATIENT FOR THEIR RECORDS

Name: _____ Date: _____

TB Test (PPD) Results: Negative Positive Test Date: _____ Date Read: _____

Signature of person reading test: _____

Name of Provider or Medical Clinic: _____