

N° NEMS:

NOMBRE:

FEC. NAC.:

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor, utilice tinta negra

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: _____ DERIVADO A NEMS POR: _____

SEXO: Masculino Femenino Trans. Masc. Trans. Fem. Otro

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual Lesbiana o Gay Bisexual Otro

NIVEL DE INGLÉS: Bueno Regular Escaso Nada DIALECTO(S) HABLADO(S): _____

ETNIA: No Hispano/Latino Hispano/Latino

RAZA/GRUPO ÉTNICO (Marque todo lo que corresponda) :

Asiático (Por favor, especifique):

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Indio Asiático |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

- Nativo de Hawái
- Otro Isleño del Pacífico
- Negro/Afroamericano
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Blanco

CONDICIÓN DE ESTUDIANTE: A Tiempo Completo A Tiempo Parcial No es Estudiante

ESTADO CIVIL: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

ESTADO DE PAGOS MÉDICOS (Marque todo lo que corresponda) :

- Pago por Cuenta Propia Medicare Medi-Cal Otro: _____
- Seguro Privado (Por favor, proporcione una copia de la tarjeta del seguro)

INFORMACIÓN DE LOS PADRES (Completar si el paciente es menor de 18 años) :

Nombre del Padre: _____ Fec. Nac.: _____

Nombre de la Madre: _____ Fec. Nac.: _____

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ N° de Teléfono: _____

Relación: _____

N° NEMS:

NOMBRE:

FEC. NAC.:

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor, utilice tinta negra

Por el presente, autorizo a North East Medical Services (NEMS) a proporcionar servicios de salud a la persona arriba mencionada y autorizo que las prestaciones del seguro, se paguen directamente a NEMS. Entiendo que, en definitiva, soy responsable de todos los cargos incurridos, incluyendo todos los pagos y deducibles requeridos por mi seguro médico o según lo dispuesto en el Programa de Descuento de Tarifas Deslizantes de NEMS si no poseo seguro médico. Entiendo que NEMS no proporciona servicios de emergencia en sus instalaciones. Asimismo, autorizo la divulgación de la información médica pertinente a las compañías de seguros, si procediera.

Entiendo que NEMS está obligado por ley a informar de cualquier agresión, abuso y lesión del trabajador a las autoridades competentes.

Entiendo que la información psicosocial será compartida con mi proveedor de salud de NEMS, según sea necesario, para garantizar una atención total.

Entiendo que la foto de la persona arriba mencionada será colocada en la Tarjeta de Identificación de los Miembros de NEMS (ID).

Declaro haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de NEMS. Entiendo que puedo ejercer mis derechos, según lo descrito en este aviso.

Entiendo que NEMS puede comunicarse conmigo como se describe en su Aviso de Prácticas de Privacidad y enviar mensajes relacionados con el tratamiento, alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés. Entiendo que puedo cambiar la forma en que NEMS se pone en contacto conmigo u optar por no recibir ciertas comunicaciones en cualquier momento llamando a NEMS al (415) 391-9686.

Declaro haber recibido una copia del Manual para Miembros de NEMS y que he leído, entendido y tenido la oportunidad de hacer consultas sobre el contenido de dicho manual.

Firma del Paciente o del Representante Legal

Relación con el Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Notas:

* Los mensajes de texto no están encriptados y pueden ser leídos o interceptados por otra persona. Si alguien tiene su teléfono, es posible que pueda leer sus mensajes.

** Es posible que se apliquen tarifas estándar de uso de mensajes de texto, datos y minutos de su proveedor de servicios móviles o de Internet.

SOLO PARA USO DEL PERSONAL / STAFF USE ONLY: If the patient refused to sign, please check box, initial and date:

REFUSAL TO SIGN

Staff Initials: _____

Date: _____