



10. ¿Tiene vivienda estable?  Sí  No  
 Describa su vivienda actual:  Casa / Apartamento  Refugio para indigentes  Vivo en la calle  
 Vivienda de transición  Vivo con familia o amigos  
 Otro: \_\_\_\_\_

(Complete un Formulario de elegibilidad de Care Link si ha marcado "No" o ha marcado cualquier casilla de arriba)

11. ¿Vive usted en vivienda pública? (Sección 8 no se considera vivienda pública)  Sí  No  
 Si su respuesta es Sí, nombre de agencia o vecindario: \_\_\_\_\_

12. En los últimos 2 años, ¿Usted o alguien de su familia? (Marque todos los que apliquen):  
 Trabajo en algún tipo de agricultura (trabajo de campo): ¿sembrando, preparando la tierra, en una empacadora, manejando una camioneta para cualquier tipo de trabajo de campo, o con animales como vacas, pollos, etc.?  
 ¿Vivió lejos de la casa para trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo de campo)?

13. ¿Usted o algún miembro de su familia paro de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo de campo) por alguna discapacidad o por la edad (por ser muy mayor para trabajar)?  Sí  No

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

¿Actualmente tiene usted seguro médico?  Sí  No  
 Si su respuesta es Sí, Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ # de Seguro Médico: \_\_\_\_\_  
 Tamaño de Familia: \_\_\_\_\_ Ingreso Familiar: \_\_\_\_\_  Mensual  Anual

**PERSONA RESPONSABLE**  
 (Los estados de cuenta serán enviados a la persona responsable solo cuando no cubra el seguro médico.)  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA MENORES (17 & AÑOS O MENOS) O ADULTOS DEPENDIENTES:**  
 Padre/Tutor Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Relación al Paciente: \_\_\_\_\_  
 Padre/Tutor Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**

Por favor use este espacio para decirnos con quién se nos permite compartir o liberar información.  
 Por favor deje esta sección en BLANCO si no desea que su información sea compartida con NADIE.

Persona #1: _____	Persona #2: _____
Relación: _____	Relación: _____
Esta persona tiene el permiso de:	Esta persona tiene el permiso de:
<input type="checkbox"/> Recibir y compartir toda mi información médica.	<input type="checkbox"/> Recibir y compartir toda mi información médica.
<input type="checkbox"/> Recoger mis medicamentos con receta en mi ausencia.	<input type="checkbox"/> Recoger mis medicamentos con receta en mi ausencia.
<input type="checkbox"/> Enviar mensajes a mi equipo de cuidado.	<input type="checkbox"/> Enviar mensajes a mi equipo de cuidado.
<input type="checkbox"/> Recibir mis resultados de laboratorio.	<input type="checkbox"/> Recibir mis resultados de laboratorio.
<input type="checkbox"/> Programar, volver a programar o cancelar mis citas.	<input type="checkbox"/> Programar, volver a programar o cancelar mis citas.

_____ Nombre (en letra de molde)	_____ Firma del Paciente o Tutor Legal	_____ Fecha
<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>		
Home Clinic: _____	Data entered by: _____	Initials: _____ Date: _____

***Antes de dar su consentimiento, asegúrese de entender la información a continuación. Si usted tiene alguna pregunta, con gusto podemos hablar con usted. Usted puede pedir una copia de este formulario.***

Consentimiento para tratamiento: Solicito que Community Medical Centers, Inc. (CMC) me proporcione atención médica. Se me dará la información sobre las pruebas, tratamientos, procedimientos, y los medicamentos que se proporcionan, incluyendo los beneficios, riesgos, complicaciones/posibles problemas y las opciones alternativas. Yo entiendo que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entiendo. Solicito por este medio que una persona autorizada por CMC provee la evaluación adecuada, pruebas y tratamiento.

CMC utiliza proveedores acreditados a través de la Mesa Directiva de CMC, y con licencia a través de la respectiva Agencia Estatal que regula a médicos, incluso, pero no limitado a los Médicos, Enfermera/o Practicante, Asistentes Médicos, Podólogos, Optometristas, Fisioterapeutas, y Trabajadores Sociales Clínicos Licenciados. Entiendo que CMC, si es apropiado, puede utilizar ciertas tecnologías de telesalud. **Si es necesario, se me darán referencias para un diagnóstico o tratamiento adicional. Entiendo que si la referencia es necesaria, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar por este cuidado.**

Autorización de información: Entiendo que se mantendrá la confidencialidad como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud (*Notice of Health Information Privacy Practices*). Doy mi consentimiento para el uso y conocimiento de mi información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud.

Información de salud será accesible por otras entidades de atención médica a través de intercambios electrónicos para la coordinación de la atención al paciente. Entiendo que este intercambio incluye pero no se limita a mi nombre, fecha de nacimiento e información de contacto personal.

**Entiendo que todos los servicios son confidenciales. Sin embargo, en los casos de emergencias con riesgo de abuso físico o sexual, es posible que necesitemos hacer una referencia a otra agencia.**

Servicios de interpretación: Entiendo que debo informar al personal si los servicios de interpretación de idiomas son necesarios para mi comprensión de la información escrita o hablada durante mis visitas de atención médica. Entiendo que los servicios gratuitos de interpretación se harán si es necesario.

Uso de la tecnología: Entiendo que CMC usa una variedad de métodos de comunicación electrónicos incluyendo teléfono, mensajes de texto, y correo electrónico para comunicarse conmigo con el límite propósito de citas, servicios disponibles y otras comunicaciones relacionado al cuidado de la salud. Entiendo que pueden aplicarse cargos por mensajes de texto y/o datos bajo mi plan de teléfono celular. Doy mi consentimiento para permitir que CMC use tecnología de telesalud con el fin de proporcionarme servicios. Si decido que no quiero que CMC use la tecnología de telesalud como parte de mi plan de atención, se lo haré saber a mi proveedor.

Fotografía y video: Entiendo que se pueden grabar fotografías, videos, imágenes digitales y de otro tipo para documentar mi atención, y doy mi consentimiento para esto. Entiendo que estas imágenes se conservaran de manera segura para proteger mi privacidad.

Asignación de beneficios de seguro: Por la presente autorizo el pago directo a CMC por los beneficios que por otra manera serán pagados a mí, pero que no exceda los cargos regulares de CMC por este servicio.  
**Entiendo que soy financieramente responsable a CMC por los cargos no cubiertos por mi seguro.**

Acuerdo financiero: Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos que no sean pagados por el seguro o un tercero. Estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones de la Póliza de Colecciones de CMC, y me comprometo a pagar los gastos del abogado y otros gastos incurridos en el cobro.

**En conformidad con la Póliza de Colecciones de CMC, CMC puede optar por terminar su relación con cualquier paciente que no cumple con este acuerdo financiero.**

Declaración de permiso de pago de beneficios del seguro de Medicare a CMC: Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Yo autorizo la diseminación de cualquier información necesaria para actuar sobre esta petición. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

Aceptación de responsabilidad por co-pagos: Yo entiendo que soy responsable por cualquier deducible de seguro de salud o copagos, incluyendo un veinte por ciento (20%) co-pago para autorizar servicios cubiertos por Medicare.

En el estado de California, a los menores de 18 años de edad se les puede permitir consentir a ciertos servicios médicos sin la presencia de un padre/tutor legal, incluyendo los servicios de emergencia, de planificación familiar y los servicios relacionados con infecciones/enfermedades de transmisión sexual.

**Por la presente** reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud de CMC. El que suscribe certifica que él o ella ha leído y comprendido la información anterior y autoriza los servicios de CMC como paciente o como agente general del paciente y acepta sus términos.

\_\_\_\_\_  
**Nombre (en letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Relación con el paciente (si es aplicable):**  Esposo/a  Padre/Tutor Legal  Otro: (especifica)

\_\_\_\_\_  
**Menor de Edad**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**