



Today's Date
La fecha de hoy

Adolescent 12-17 years/Adolecente 12-17 años

Name: Date of Birth: Age:
Nombre: Fecha de Nacimiento: Edad:

Nickname: Social Security Number:
Apodo: Numero de Seguro Social:

Gender: M () F () Choose not to disclose () Transgender Male/Female-to-Male () Transgender Female/Male-to-Female () Other ()
Genero: H () M () Prefiero no revelar () Transgénero Hombre/Mujer-a-Hombre () Transgénero Mujer/Hombre-a-Mujer () Otro ()

Sexual Orientation: Choose not to disclose () Lesbian or Gay () Bisexual () Other () Unknown () Straight ()
La Orientación Sexual: Prefiero no revelar () Lesbiana o homosexual () Bisexual () Otro () desconocido () Hetero ()

Mailing Address:
Dirección de Domicilio:
(P.O. Box) City/Cuidad State/Estado Zip Code/Código Postal

Physical Address:
Dirección (numero y calle):
County: Condado:

Telephone (home): cell: work:
Teléfono (de casa): celular: de trabajo:

E-Mail Address:
Correo Electrónico:

Parent or Guardian Name: Relationship to Patient:
Nombre de Padre o Guardia: Relación al Paciente:

Date of Birth: Social Security Number:
Fecha de Nacimiento: Numero de Seguro Social:

Address and Phone if different than childs:
Domicilio o teléfono si es diferente del niño(a):

Annual Family Income: Number in Family:
Ingresos Anuales de la Familia: Cuantos en la Familia:

METHOD OF PAYMENT / FORMA DE PAGO

- () Private Insurance / Seguro Privado () Sliding Fee/Descuento () Cash / En Efectivo
() Medi-Cal / Medi-Cal () Partnership HealthPlan of California () Other / Otro

INSURANCE INFORMATION/ INFORMACION DEL SEGURO

Name of Insurance Company: Date of Birth of Insured:
Compañía de Seguros: Fecha de Nacimiento:

Primary Care Provider: Pharmacy:
Doctor Primario: Farmacia:

Primary Language: () Language other than English (specify)
Idioma Primario: () English/Inglés () Otro idioma que no sea inglés (especificar)

Do you work in Agriculture? Yes / No Are you homeless? Yes / No
¿Usted trabaja en la agricultura? Si / No ¿Está usted sin hogar? Si / No

Ethnicity/ Etnicidad () Hispanic or Latino/ Hispano o Latino () Not Hispanic or Latino/ No Hispano o Latino

Race /Raza

- () American Indian/Alaska Native () Black/African American/Negro () Other Pacific Islander
() Asian/Asiático () Native Hawaiian/Hawaiano () White/Blanco

Privacy Law already allows MVHC to leave a phone message so that you can call us back or to remind you of an appointment. WITH YOUR PERMISSION, we can leave a detailed message regarding your medical or dental care (including but not limited to, lab/test results, follow-up, case management, and medications).

Permission to leave a detailed message on your: Home Phone Yes / No Cell Phone Yes / No E-mail Yes / No
Please initial _____

La Ley de Privacidad actualmente permite a MVHC dejar un mensaje de teléfono para que usted nos regrese una llamada o para recordarle que tiene una cita. CON SU PERMISO, podemos dejar un mensaje detallado con respecto a su atención médica o dental (incluyendo, pero no limitado a, los resultados de laboratorio / pruebas, citas de seguimiento, manejo de casos, y medicamentos).

Permiso para dejar un mensaje detallado en su: Teléfono de hogar Sí / No celular Sí / No correo electrónico Sí / No
Por favor poner sus iniciales: _____

Emergency Contact: In case I am unable to be reached, the following person(s) may authorize medical treatment for my child. I may revoke this authorization at any time upon written notification of such.

En caso de que no me puedan localizar, las siguientes personas pueden autorizar tratamiento para mi niño(a). Yo puedo rechazar esta autorización a cualquier tiempo con notificación escrito.

Name / Nombre: _____ Relationship to patient:
Relación al paciente: _____

Address:
Dirección _____

Phone / Teléfono: _____

() Married/Casado(a) () Single/Soltero(a)

() Divorced/Divorciado(a) () Widow/Viudo(a)

Signature of Parent or Guardian / Firma de Padre o Guardián () Legally Separated/Legalmente Separado/a

Patient Name _____

INFORMAL CONSENT

In order to conform to state regulations concerning treatment of all patients, we must have a signed consent to examine and treat. The medical provider will inform the patient or patient's legal guardian of the patient's condition or disease and his/her proposed treatment. You will have an opportunity to refuse treatment for each condition as provided by law. This is a permanent consent that can be withdrawn at any time.

AUTHORIZATION

I authorize the staff at Mountain Valleys Health Centers (MVHC) to examine and treat me, or my child and also to perform any tests necessary for treatment. I personally accept financial responsibility for payment of these services and I agree to pay for them at the time of service unless I make prior arrangements with the financial department. I authorize MVHC and its agents to release any medical information to my insurance company and I authorize the payment of insurance or Medicare benefits to be paid directly to MVHC. I acknowledge and accept that I may be seen by a medical or dental trainee, working under the guidance of a health care professional.

CONSENTIMIENTO INFORMAL:

Para cumplir con los reglamentos del estado respecto al tratamiento de pacientes debemos tener consentimientos firmado antes del examen y tratamiento. El proveedor medico informara al paciente o al guardián legal del paciente sobre las condiciones o enfermedad y el tratamiento propuesto. Usted tendrá la oportunidad de rechazar el tratamiento por cada condición, como permite la ley. Este es un consentimiento permanente que se puede retirar a cualquier tiempo.

AUTORIZACIÓN:

Yo autorizó al personal de Mountain Valleys Health Centers (MVHC) para que me hagan un examen médico y proporcionar tratamiento a mí ó a mis hijos, también para ejecutar cualesquiera exámenes necesarios para el tratamiento. Yo personalmente acepto la responsabilidad financiera para el pago de estos servicios y estoy de acuerdo en pagar por ellos en el momento del servicio, a menos que haga otros arreglos con el departamento de finanzas. Yo autorizo a MVHC y sus agentes para divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros y autorizo el pago de seguro o beneficios de Medicare a pagar directamente a MVHC. Reconozco y acepto que puedo ser atendido por un aprendiz médico o dental, que trabaja bajo la supervisión de un profesional de la salud.

Patient or Parent / Legal Guardian Signature
Firma del Paciente o Padre / Guardián del Paciente

Today's Date
Fecha

Witness
Testigo

Updated September 26, 2016