



Mountain Valleys HEALTH CENTERS

Today's Date
La fecha de hoy

Adult/Adulto

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/Codigo Postal

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

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

E-Mail Address: _____ **Driver's License Number** _____
Correo electrónico: _____ *Numero de Licencia:* _____

Employed: Full-Time/ Part-Time / No **Employer:** _____ **Employer Telephone:** _____
Trabajo: *Tiempo Completo /Tiempo Parcial / No* *Empleador:* _____ *Teléfono de Empleador:* _____

Annual Family Income: _____ **Number in Family:** _____
Ingresos Anual 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/ INFORMACIÓN DEL SEGURO
Name of Insurance Company: _____ **Policy Holder** _____
Compañía de Seguros: _____ *Poseedor de la póliza:* _____

Marital Status/Estado Civil: () Married/Casado(a) () Single/Soltero(a) () Divorced/Divorciado(a)
() Widow/Viudo(a) () Legally Separated/Legalmente Separado/a

Spouse's Name: _____ **Spouse's Date of Birth:** _____
Nombre de Esposo(a): _____ *Fecha de Nacimiento:* _____

Spouse's Social Security Number: _____ **Employer:** _____
Número de Seguro Social de esposo/a: _____ *Patron:* _____

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 **Are you a veteran?** Yes / No
¿Usted trabaja en la agricultura? Si / No *¿Está usted sin hogar?* Si / No *¿Usted es un veterano?* Si / No

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

Race /Raza

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

Do you have an Advanced Directive? Yes / No
¿Tiene una directiva avanzada? Sí / No

May we have a copy? Yes / No / Not Applicable
¿Podemos tener una copia? Sí / No / No Aplicable

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: _____ Updated June 4, 2015

Emergency Contact Person: Name, Address, Phone Number

Nombre, Numero de Casa y Telefono en Caso de Emergencia: _____

Relationship to Patient

Relación al paciente _____

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 10/13/2016