



Clínica de Salud Bronco - Formulario de Registro para Pacientes

Información del Paciente

Apellido legal: _____ Nombre legal: _____ Inicial de segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo al nacer: Masculino Femenino
¿Tiene discapacidad visual y/o auditiva? Sí No
Idioma materno: _____ Idioma de preferencia: _____
Teléfono celular: (____) _____ - _____ Teléfono de casa: (____) _____ - _____
Dirección para el correo: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Nombre de preferencia (Alias): _____ Correo electrónico: _____
Proveedor de atención médica primaria: _____

Raza: Nativo de Alaska o Indígena Americano Asiático Negro / Afroamericano Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanco Otro

Grupo étnico : Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino

En caso de emergencia contactar a:

Nombre completo: _____ Parentesco: _____
Número de teléfono del contacto de emergencia: (____) _____ - _____

Padre / Tutor legal (para quienes tienen 17 años de edad o menos de 17 años):

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____
Parentesco con el paciente: _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____
Fecha de nacimiento ____/____/____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Información de seguro médico:

Nombre del plan de seguro: _____ Nombre del asegurado: _____
No. de ID de seguro _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre de plan de seguro secundario: _____ Nombre del asegurado: _____
No. de ID de seguro _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____



AVISO DE ANTIDISCRIMINACIÓN

Northern Inyo Healthcare District cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Northern Inyo Healthcare District no excluye, ni trata a las personas de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Northern Inyo Healthcare District:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, u otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con:

José García
Mánager de los Servicios de Acceso Lingüístico
150 Pioneer Lane, Bishop, California 93514
Teléfono (760) 873-2147
TTY 711 o
Por correo electrónico a jose.garcia@nih.org

Si considera que Northern Inyo Healthcare District no le proporciono estos servicios o lo discrimino de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Director de Recursos Humanos, Coordinadora de Derechos Civiles
150 Pioneer Lane, Bishop, California 93514
Teléfono (760) 873-2145
TTY 711
Fax (760) 873-2108 o
Por correo electrónico Alison.Murray@nih.org

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Alison Murray está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del portal de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los siguientes números:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.





Northern Inyo Healthcare District
150 Pioneer Lane
Bishop, California 93514

Asignación de beneficios & acuerdo financiero: Yo autorizo el pago directo a Northern Inyo Healthcare District de todos los beneficios médicos por los servicios profesionales prestados. Para obtener más información, por favor lea el documento Condiciones para la Admisión, disponible en Internet, siguiendo este enlace: <https://www.nih.org/documents/Conditions-of-Admission-May-2021-Spanish.pdf>

Firma del paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Staff use only - - - - - For Limited English Proficiency Patients only:

Interpreter name or ID# _____ Staff Phone Video

If you do not use an approved interpreter, please list the reason: _____

