

# CenterWell ACE

## Formulario de información demográfica del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre ISN

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Tipo de residencia:  Residencia privada  Residencia independiente  Centro de enfermería especializada  Residencia asistida  
 Hogar de ancianos  Refugio para personas sin hogar  Comunidad de retiro  Hogar residencial

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Divorciado  Viudo

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Identidad de género: Indique el sexo que se le asignó al nacer y que figura en su certificado de nacimiento original.  Masculino  Femenino  
¿Hay algo sobre su identidad que quiera que su proveedor sepa?  Sí  No

Idioma principal:  Inglés  Español  Creole  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco  Negro o afroamericano  Asiático  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

Se rehúsa a especificarlo  Indígena americano o nativo de Alaska  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Origen étnico:  No hispano o latino  Hispano o latino  Se rehúsa a especificarlo

### INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

¿Tiene instrucciones anticipadas?  Sí  No

*(Instrucciones legales por escrito sobre sus deseos en relación con el cuidado de la salud o para designar a una persona para que tome decisiones médicas por usted cuando ya no pueda hacerlo por su cuenta, como un testamento en vida o un poder legal permanente para el cuidado de la salud).*

¿Tiene un representante personal?  Sí  No

(Una persona legalmente autorizada para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud en su nombre, como un tutor, una persona con un poder legal o un defensor/sustituto/apoderado designado para el cuidado de la salud).

En caso AFIRMATIVO, indique el nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

**PORTAL PARA PACIENTES:**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>¿Desea realizar operaciones a través de la web? Esto le proporcionará acceso a nuestro portal para pacientes, donde podrá ver sus citas e información médica, enviar mensajes a su consultorio de cuidado primario, solicitar repeticiones de recetas y mucho más.</b></p> |   |
| <p>Sí, me gustaría realizar operaciones a través de la web</p>   | <p>No, no deseo realizar operaciones a través de la web en este momento</p> |

En caso AFIRMATIVO, proporcione su dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**FARMACIA:**

| Farmacia al por menor preferida | Farmacia de pedido por correo  |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Nombre:                         | Nombre:                        |
| Dirección:                      | Dirección:                     |
| Ciudad, estado, código postal:  | Ciudad, estado, código postal: |
| Teléfono:                       | Teléfono:                      |
| Fax:                            | Fax:                           |

Firma del paciente o del representante legal autorizado del paciente\* Fecha

Nombre del representante legal autorizado en imprenta (si corresponde) Fecha

\*Si es un representante, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona y proporcione la documentación correspondiente (de tutor, poder legal, sustituto para el cuidado de la salud, etc.):

**SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO**

|                          |  |                          |   |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Dirección validada; condado añadido                | <input type="checkbox"/> | Datos estructurados actualizados en Información adicional                     |
| <input type="checkbox"/> | Proveedor de prestación de servicios añadido       | <input type="checkbox"/> | Laboratorio documentado por defecto   |
| <input type="checkbox"/> | Fecha de la firma consignada                       | <input type="checkbox"/> | Si el contacto de emergencia es la HIPAA, se marca la casilla HIPAA           |
| <input type="checkbox"/> | El centro por defecto está correcto                | <input type="checkbox"/> | Todas las personas que figuran en el formulario HIPAA añadidas como contactos |
| <input type="checkbox"/> | Web habilitada si el paciente da su consentimiento | <input type="checkbox"/> | —   |