

# FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

## PACIENTE INFORMACION

Nombre (Apellido)		(Nombre)	(Segundo Nombre)	(Jr.,Sr.,etc.)
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solter <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	
Número de Teléfono ( )	Número de teléfono de trabajo ( ) ext.	Número de Celular ( )	Correo Electrónico	
Dirección (Calle or PO Box)		# de Apt.	(Ciudad)	(Estado) (Código Postal)
Quién es su proveedor en CCHS?	Estado Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Jornada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante de Media Jornada <input type="checkbox"/> Servicio Militar	Por favor, este preparando para presentar su tarjeta de seguro, identificación con fotografía y prueba de ingresos, si es necesario.		

## RESPONSABLE Complete solo si es diferente al anterior

Relación con el Responsable <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Hijo/a de Crianza <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____				
Nombre de Responsable (Apellido)		(Nombre)	(Segundo Nombre)	(Jr.,Sr.,etc.)
Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número de Seguro Social	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solter <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	
Número de Teléfono ( )	Número de teléfono de trabajo ( ) ext.	Número de Celular ( )	Correo Electrónico	
Dirección (Calle or PO Box)		# de Apt.	(Ciudad)	(Estado) (Código Postal)

## DEL SEGURO Si no esta asegurado, por favor este preparado para presentar prueba de ingreso para calificar para el programa de descuentos

Seguro Primario (Nombre de la Compañía)		Direccion de Seguro		Número de Teléfono ( )
Identificación de Póliza (ID de Suscriptor)	# de Grupo	Nombre del Suscriptor	Relación al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____	Co-Pago (\$)
Seguro Secundario (Nombre de la Compañía)		Direccion de Seguro		Número de Teléfono ( )
Identificación de Póliza (ID de Suscriptor)	# de Grupo	Nombre del Suscriptor	Relación al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Es- poso/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____	Co-Pago (\$)
Si usted tiene mas de dos seguros, favor de traer la informacion adicional en el momento de la inscripción.				

## INFORMACION ADICIONAL REQUERIDA

¿Cuál es su idioma principal? <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Necesita traducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se encuentra sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no tiene hogar, ¿cual es la estación donde vive? <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Permanece con Familiares o Amigos <input type="checkbox"/> En la Calle <input type="checkbox"/> Otro _____		Es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Moreno/Afro americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio Americano <input type="checkbox"/> Mas de Una Raza <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Cuál es su origen étnico? <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	
¿Usted es trabajador Agrícola? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso de si, ¿a cual aplica? <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional		¿Como se entero de First Refuge? <input type="checkbox"/> Familiares/Amigos <input type="checkbox"/> FERIA de Salud <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Cada cuando le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada Dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente		¿Cuál es su Ingreso (antes de impuestos) durante este tiempo?	¿Cuántas personas residen en su casa?
Contacto de Emergencia (Nombre, Dirección, Numero de Teléfono)			Relation to Patient
Farmacia Primaria (Nombre, Dirección, Numero de Teléfono y Fax)			

## AUTORIZACIÓN Y CESION

Realmente consiento por este medio voluntariamente en la asistencia médica en primeros Ministerios del Refugio la Clínica Médica. Autorizo a todos los médicos y sus asistentes incluyendo asistentes médicos y enfermeras empleadas por FRMMC para usar tales procedimientos diagnósticos y procedimientos de tratamiento juzgan necesario para dirección médica apropiada y tratamiento. Entiendo que asistentes médicos y enfermeras no son los médicos con licencia y puede ayudar a proporcionar atención médica solamente bajo la supervisión y dirección de un médico con licencia. ESTA AUTORIZACIÓN ES UNA SIGNATURA DE COMPÁS PERMANENTE QUE PERMANECERÁ EN EL ARCHIVO Y SE USARÁ PARA EL FUTURO. LO PUEDO REVOCAR EN CUALQUIER MOMENTO POR LA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# QUESTIONARIO PARA PACIENTES NIÑOS

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre del Niño: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Niño: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_

Si los adultos trabajan fuera de la casa, ¿qué arreglos se hacen para el cuidado de este niño? \_\_\_\_\_

## EMBARAZO Y NACIMIENTO

- Edad de la madre cuando nació el niño \_\_\_\_\_
- ¿Tubo la madre alguna enfermedad durante el embarazo?  Sí  No
- ¿Tomo ella alguna medicina aparte de vitaminas o hierro?  Sí  No
- ¿Nació su niño a tiempo?  Sí  No
- ¿Cuánto peso su niño al nacer? \_\_\_\_\_
- ¿Tubo el niño algún problema respiratorio al nacer?  Sí  No
- ¿Tubo el niño algún problema mientras estuvo en el hospital al nacer?  
¿Qué Clase? \_\_\_\_\_  Sí  No

## HISTORIA MEDICA PASADA

- ¿A dónde ha ido su niño a que le hagan sus chequeos médicos hasta ahora? \_\_\_\_\_
- Fecha de la última revisión: \_\_\_\_\_
- Fecha de la última revisión dental: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su niño reacciones alérgicas a algunas medicinas, comidas, picaduras de insectos?  
¿Cuáles son? \_\_\_\_\_  Sí  No
- Has your child had any reactions to any immunizations?  
Which ones? \_\_\_\_\_  Sí  No
- ¿Ha tenido su niño algunas reacciones a algunas vacunas?  
¿Para que? \_\_\_\_\_  Sí  No
- ¿Algunas heridas serias?  
¿Qué clase de heridas? \_\_\_\_\_  Sí  No
- ¿Algunas medicinas que tome su niño regularmente?  
¿Cuáles son? \_\_\_\_\_  Sí  No

## HISTORIA

- ¿Se encuentran los padres de este niño en buena salud?  Sí  No
- Marque cualquier enfermedad que hayan tenido los padres, abuelos, hermanos, hermanas, tíos, tías del niño:  
 Anemia  Asma  Alergias  Diabetes  Presión Alta  
 Problemas del Corazón  Tuberculosis  Enfermedades Mentales  
 Problemas de Drogas o Alcohol  Enfermedades Hereditarias  
 Enfermedades venéreas  Cáncer  SIDA  Otras
- List the age, sex and general health of brothers and sisters: \_\_\_\_\_
- Have any of your children died?  Sí  No

## ALIMENTACION Y NUTRICION

- Usualmente su hijo tiene buen apetito  Sí  No
- ¿Esta bueno ahora?  Sí  No
- ¿Durante los primeros 3 meses tubo cólicos severos o problemas de alimentación?  Sí  No
- ¿Algunas comidas que no le caigan bien a el/ella?  Sí  No
- ¿En los primeros 6 meses esta el o ella (estuvo el o ella) alimentado con pecho o con mamila? \_\_\_\_\_
- Si todavía toma formula, ¿cuál es la que usa? \_\_\_\_\_

## REVISION DE LOS SISTEMAS

- ¿Tiene su niño frecuentes infecciones del oído?  Sí  No
- ¿Algunos problemas en los ojos?  Sí  No
- ¿Tiene el/ella frecuentes resfríos o dolores de garganta?  Sí  No
- ¿Tiene asma, neumonía o repetidas toses?  Sí  No
- ¿Tiene el/ella problemas o murmullo del corazón?  Sí  No
- ¿Algún problema con su orina?  Sí  No
- ¿Algún problema con diarrea o estreñimiento?  Sí  No
- ¿A tenido alguna convulsión u otro problema del Sistema Nervioso?  Sí  No
- ¿Cualquier eczema, roncha u otras condiciones de la piel?  Sí  No
- ¿Alguna vez su niño ha estado anémico?  Sí  No
- Por favor mencione cualquier otro problema médico: \_\_\_\_\_

## DESARROLLO/CONDUCTA

- ¿A qué edad su niño se sentó solo? \_\_\_\_\_
- ¿A qué edad el o ella caminó solo? \_\_\_\_\_
- ¿Dijo el o ella alguna palabra para la edad de un año y medio?  Sí  No
- ¿Cómo es este niño comparando con otros de su edad? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene el o ella problemas para dormir?  Sí  No
- ¿En qué grado esta el o ella? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido el o ella algún problema en la escuela?  Sí  No
- ¿Se lleva bien el o ella con otros niños?  Sí  No
- Marque si su niño(a) ha tenido algunas de las siguientes:  
 Se Muerde las Uñas  SeChupa el Dedo  Se Orina en la Cama  
 Mal Genio  Problemas con el Entrenamiento del Baño  Hiperactivo  
 Pesadillas  Problemas del Habla  Problemas de Disciplina  Otros

## SEGURIDAD/AMBIENTE

- Vive usted en (marque uno):  
 Una Casa Privada  Apartamento  Una Casa Móvil  Otros
- ¿Sabe usted cual es la temperatura mas caliente del agua en sus tuberías?  Sí  No
- ¿Tiene detectores de incendio funcionando en cada piso?  Sí  No
- ¿Su niño(a) siempre usa la silla de carro o el cinturón de seguridad cuando esta en el carro?  Sí  No
- ¿Hay alguien que fuma en la casa?  Sí  No
- ¿Hay algún problema con las condiciones de su casa (ratas, peladuras de pintura, ratones)?  Sí  No
- ¿Su niño(a) siempre usa el casco cuando maneja bicicleta?  Sí  No

## INMUNIZACIONES

- ¿Tiene usted el registro de inmunizaciones?  Sí  No

Gracias por completar este formulario.

# EL CONTRATO DE PACIENTE

First Refuge Ministries Medical Clinic es una agencia no del gobierno, sin ganancia y para dar los servicios saludosos a las familias en el condado de Denton que no tienen ninguna otra manera de obtener los auxilios médicos. Nuestra clínica usa solamente los médicos y las enfermeras voluntarios----los que no reciben ningún dinero para los servicios.

Para servirle a Ud. mejor, lo pedimos su cooperación en seguir las reglas nombradas abajo. Si no puede seguir estas reglas, o si las encuentran no aceptables, otra agencia medical pueda satisfacer sus necesitos.

Comprendo y estoy de acuerdo de hacer los siguientes:

1. Informo FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC si mi dirección, número de teléfono, ingreso o seguro cambia dentro de 30 días del cambio.
2. Daré FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC la noticia de 24 horas si no pueda mantener la cita con el doctor, la enfermera o el laboratorio.
3. Las pacientes deben llegar 30 minutos antes de su cita. Si llegan tarde para la cita, deben arreglar otra cita.
4. Si falto 3 citas sin notificar FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC, comprendo que sea possible que no puedo recibir nada más los servicios de FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC.
5. Autorizo a la persona medical que me sirve en FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC que comparta la información medical con los otros médicos cuando sea necesario por mi salud.
6. Autorizo a las personas en FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC que revelen los hechos de mi registraci3n en FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC para recibir los otros servicios médicos de otra clínica sin ganancia.
7. Comprendo que tengo toda la responsabilidad para conseguir las pruebas y los tratamientos según los órdenes de los médicos en FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC. Comprendo si no sigo los órdenes del médico, mi tratamiento pueda ser en vano.
8. Comprendo si no soy cooperador, si soy abusivo verbal, int3xicoado, o comportarme de ninguna manera inoperatuna, es posible que no sea id3neo para los sevicios de FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC.
9. Siempre guardo mis niños conmigo.

**He recibido una explicaci3n completa de los servicios de FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC y comprendo y estoy de acuerdo con todas arriba. Comprendo que puedo ser terminado de FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC como paciente si he dado mala informaci3n o si no obedezco las reglas arriba.**

( ) Yo mismo

( ) El/la siguiente para quien tengo la responsabilidad legal: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Intrevista:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# EL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO POR VOLUNTARIOS

Entiendo que los servicios que recibiré de First Refuge Ministries Medical Clinic (FRMMC) pudiesen ser por un voluntario que me estará suministrando atención, y que no lo administrará con expectativas de pago de dinero.

Además, entiendo que la ley de Texas impone límites en el recobro de los daños de cualquier voluntario en cambio por recibir cuidado en los servicios médicos. Esos límites incluyen la inmunidad de las responsabilidades civiles por cualquier acto de omisión resultando en la muerte o en el daño al paciente si:

1. El voluntario estaba actuando de buena fe en el transcurso y alcance de sus deberes o funciones dentro de la organización.
2. El voluntario comete el acto u omisión en el transcurso de suministrar los servicios de salud al paciente.
3. Los servicios suministrados están dentro del alcance de la licencia del voluntario, y antes de que el voluntario suministre los servicios de cuidado de salud, el paciente, o si acaso el paciente es menor de edad, o de otra manera legalmente incompetente, los padres del paciente, tutor administrativo/legal, o cualquier otra persona con la responsabilidad legal del cuidado del paciente, firma una declaración escrita que admite:
  - a) Que el voluntario da los servicios sin ninguna expectativa de recibir ningún dinero; y
  - b) Los límites del recobro de los daños del voluntario en cambio por recibir los servicios del cuidado de salud.

Yo reconozco que los suministradores de los servicios de salud, como voluntarios, están facilitándome con atención sin ninguna expectativa de remuneración, y en el cambio por recibir los servicios de cuidado de salud, el recobro por daños está limitado.

(  ) Yo mismo

(  ) La siguiente persona por quién soy legalmente responsable: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Entrevista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# POLÍTICA DE LA MALA CONDUCTA

First Refuge Ministries Medical Clinic reserva el derecho de negar servicio a los pacientes que se han comportado de una manera que se considera inadecuada. El comportamiento inadecuado es por ejemplo, maldecir a un miembro del personal o a otro paciente, ser ruidoso o perjudicial en la sala de espera, y amenazar a cualquier miembro del personal o a otro paciente. Estos son ejemplos de la mala conducta, y la mala conducta no se limita solamente a estos actos.

Entiendo que si me comporto inadecuadamente, yo seré advertido, y podría ser despedido de la clínica, y ya no seré elegible para obtener los servicios de First Refuge Ministries Medical Clinic También entiendo que, dependiendo en la seriedad del incidente, el despido puede ser inmediato. Todos los incidentes serán examinados por nuestros médicos y la directora ejecutiva.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de un Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Para Uso de la Oficina:

### ADVERTENCIA

Entiendo que me he comportado de una manera que se considerada inadecuada por First Refuge Ministries Medical Clinic También entiendo que si me comporto de forma inadecuada otra vez, yo seré despedido de la clínica y no seré elegible para obtener los servicios de First Refuge Ministries Medical Clinic Todas mis preguntas fueron contestadas, y he recibido una copia de esta política.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de un Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PACIENTE SE NEGÓ A FIRMAR

Firma de Voluntario o Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Los Comentarios:

# LA AUTORIZACIÓN DE USAR Y REVELER LA INFORMACIÓN MÉDICA Y CONFIDENCIAL

La clinica de First Refuge Ministries Medical Clinic (FRMMC) es una clinica benéfica que provide los servicios médicos a los personas que viven en el condado de Denton. Para mejorar los servicios médicos a los personas sin seguridades, para vencer los obstáculos y para facilitar la sistema de administración de los enfermedades de cada persona es posible que la clinica pueda necesitar compartir la información médica con otros médicos o laboratorios. No podemos compartit ninguna información sin la firma de cada paciente. Si nos da permiso de compartir su información médica y confidencial como se dice ésta forma, favor de firmar abaj

Yo, \_\_\_\_\_, le doy el permiso a FRMMC y a los administradores médicos que son parte de FRMMC usar, enviar y revelar mi información médica a todos que nos ayudan en dar el sérvicio médico.

Yo comprendo que la información médica y confidencial incluye los diagnósticos, los resultados de las pruebas del laboratorio y las drogas que me han dado y también incluyen la información de contacto como mi nombre, dirección, el número de los seguros sociales, el número de teléfono, etc. También pueda incluir la información del género, la raza, la edad, etc. que está en mis documentos en FRMMC.

Yo comprendo que la información que está compartido pueda incluir la salud mental, el abuso de las drogas, y el estado de HIV/SIDA y todas los archivos. SI NO QUIERO COMPARTIR ÉSTA INFORMACIÓN, TENGO LA OPCIÓN DE NO FIRMAR ÉSTA FORMA. Si firmo ésta autorización, tal información será usado como la ley federal nos atoriza.

Yo comprendo que ésta es una atorización límita. Solo doy la atorización de mandar la información de la salud que incluye los diagnósticos, las pruebas y los resultados de las pruebas y los resultados de los laboratorios, y la lista de las drogas que me han dado. También incluye la información de contacto y la información demográfica que está el los archivos de FRMC.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de un Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# LA CORTINA QUESTIONARIO

## LA CORTINA ESPIRITUAL

¿Tiene Ud. algún credo espiritual, cultural o étnico de que debemos saber?  Sí  No  
 Si sí, descríbanoslos:

---

¿Quiere que alguien oracione con Usted hoy?  Sí  No

¿Quiere alguna información de una iglesia en la area hoy?  Sí  No  
 Si sí, ¿de qué fe?:

## LA CORTINA DE MALOS TRATOS/DESCUIDAR

¿Ha estado alguna vez en una relación donde recibí daño, una amenaza, o tenía miedo?  Sí  No

¿Ha recibido daño como una patada, una empujada fuerte o una herida de su esposo/a o novio/a o otra persona familiar?  Sí  No

Las pistas de malos tratos (ponga un cheque para los que apliquen):  Defensivo  Evasivo  Deprimido o Apático  
 Retirar de la Tocado  Pobre Contacto Con los Ojos  Los Heridas Frecuentes  Asustadizo Demasiado

## LA CORTINA DE LA ALIMENTACIÓN

Ponga un cheque para todos que apliquen al paciente:  
 No hay riesgos de la nutrición  deja las comidas  come muchas meriendas caloríficas

¿Cuántas raciones de las legumbres come cada día?

¿Cuántas raciones de las fruta come cada día?

¿Cuántas raciones de agua toma cada día?

## LA CORTINA FUNCIONAL

Ponga un cheque para todos que apliquen al paciente:  Puede Andar  No Puede Andar  La Silla de Ruedas  
 Los comentarios:

## LA CORTINA DE DOLOR

El nivel de dolor (0-10):	La duración del dolor:
La locación del dolor:	La medicina usado para aliviar el dolor:

## LA EVALUACIÓN DE APRENDER

¿Qué son los obstáculos en aprender que tenga?:  
 Incapáz en Leer  El Idioma  La Vista  El Oído  La Religión o La Cultura  El Estado Mental  
 Explique:

¿Cómo aprende mayor?:  La Explicación  La Demostración  El Oír  Los Folletos  Otros:

¿Cómo nos oyó?:

Notes: \_\_\_\_\_

Reviewed/Completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# REGLAS

1. Yo le informaré a First Refuge Ministries Medical Clinic(FRMMC) si mi dirección, número de teléfono, o aseguranza ha cambiado en los últimos 30 días.
2. Yo le daré a FRMMC 24 horas de aviso si no puedo asistir mi cita.
3. Los nuevos pacientes deben llegar 30 minutos antes del tiempo de la cita. Los pacientes existentes deben llegar 10 minutos antes del tiempo de la cita. Si el paciente llegue tarde para una cita, la cita habrá cambiado para la proxima cita disponible.
4. Si el paciente pierde 3 citas sin avisar a FRMMC antes del tiempo de la cita que no asista, no podrá recibir servicios médicos de FRMMC.
5. Yo, por este medio, autorizo cualquier cuidado de salud profesional asociado con FRMMC para divulgar cualquier información personal de salud a otro cuidado de salud profesional, cuando es necesario.
6. Yo, por este medio, authorizo al administrativo de la persona de FRMMC para divulgar mi registración y cualquier cirnidura para los propositos de obtener cuidado de salud gratis en otra facilidad.
7. Yo entiendo que soy el responsable por lo siguiente entre exámenes y tratamientos ordenados por el proveedor de FRMMC. Yo entiendo que si yo descuido de seguir los ordenes del médico, mi tratamiento no va a tener éxito.
8. Yo entiendo que no podría ser eligible a recibir los servicios de FRMMC si no soy cooperativo o si soy fisicamente o verbalmente abusivo o si estoy borracho con alcohol o drogas ilegales, o si me comporto en un modo no apropiado.
9. Los padres deben guardar a sus niños todo el tiempo a su lado.

**Yo comprendo bien estas reglas y estoy de acuerdo de seguirlas.**

La firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La firma del proveedor: \_\_\_\_\_



# DECLARACIÓN DE INGRESO DEL EMPLEADOR

\_\_\_\_\_ para mí haciendo \_\_\_\_\_  
Nombre del empleado Tipo de trabajo

El/ella es pagado, antes de deducciones, \$ \_\_\_\_\_ sobre una base semanal/quincenal/mensual.  
Marque uno

Este empleado ha sido contratado por mí o la empresa durante al menos cuatro semanas y no tiene seguro de salud a través conmigo o de la empresa.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

# PERMISO PARA AUTORIZAR CUIDADO MÉDICO

A Quien Le Corresponda:

Yo, el padre firmante o guardian legal, concedo al siguiente individuo(s):

Nombre:	Relacion al Niño:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Permiso que autorize al FIRST REFUGE MINISTRIES MEDICAL CLINIC(Doctor/ Enfermero/ PA/ ARNP, etc.) que le provee cuidado rutinario (normal) o de emergencia como ellos vean necesario dentro del mejor interes y salud de mi niño:

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esta autorizacion se mantendra en efecto hasta que sea revocada por mi.

Firma del Padre/Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Verificacion de la Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_