

Información del Paciente

Cada paciente debe completar este formulario.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____

Teléfono _____ Número de Seguro Social _____ Género M F

Fecha de Nacimiento _____ Rango de edad: 0-17 18-29 30-49 50-64 65+

Raza/Etnicidad Afroamericano Asiático Hispano Nativo Americano Caucásico Otro _____

Idioma Principal _____ ¿Necesita interprete? Si No

Educación Completada Escuela primaria Escuela secundaria/GED Universidad - 2 años Universidad - 4 años

Empleo Tiempo Completo Medio Tiempo Temp Desempleado Jubilado Discapacitado Estudiante

¿Eres usted un Veterano? Si No ¿Tienes un administrador de casos? Si No

Si tiene un administrador de casos o alguien que lo refirió, indique el nombre de la persona u organización:

Estado Civil Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Información del Cónyuge (si aplica)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Género M F

Empleo Tiempo Completo Medio Tiempo Temp Desempleado Jubilado Discapacitado Estudiante

¿Es su conyuge un veterano? Si No

Información de Otros Miembros del Hogar Número total en el hogar (incluido el paciente): _____

Por favor use la parte de atrás de la página para detallar más miembros de la familia.

Nombre Completo	Géner (M/F)	Años	Relación

Información Médica y de Prescripción

Seguro de salud Medicare Medicaid Beneficios de VA Otra _____ ninguna

Por favor indique los medicamentos que necesita : _____

Por favor indique cualquier alergia a los medicamentos y su reacción: _____

En los últimos 12 meses, ¿ha sido admitido en el hospital o ha visitado una sala de emergencias?

Si No Si es así, ¿cuántas veces? _____

¿Cómo se enteró de la Farmacia SVdP? Radio TV/ Noticias Internet/Sitio Web Iglesia [nombre, si posible]: _____ Otra _____

Consentimiento para el Tratamiento por Parte de Voluntarios

Por favor, lea atentamente y añada su firma a continuación.

Entiendo que los servicios recibidos por St. Vincent de Paul Pharmacy podrán ser prestados por un voluntario que esté prestando atenciones que no sean proveídas por o en espera de recibir compensación.

Entiendo, además, que la Ley de Texas impone límites en la recuperación por daños de cualquier voluntario a cambio de recibir servicios de salud. Dichas limitaciones incluyen inmunidad a responsabilidad civil por cualquier acto u omisión que resultare en muerte o daño a un paciente si:

- 1) El voluntario estaba actuando en buena fe en el curso y durante el alcance de sus responsabilidades y funciones en la organización.
- 2) El voluntario comete un acto u omisión mientras se encontraba prestando servicios de salud al paciente.

Reconozco que los proveedores de servicios de salud, en calidad de voluntarios, están brindándome servicios de salud que no son prestados a cambio de la expectativa de recibir remuneración, y a cambio de recibir los servicios de salud, la recuperación por daños queda limitada.

() Yo Mismo

() La persona detallada a continuación, por quien soy legalmente responsable: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____
(si el paciente es menor de 18 años de edad)