

Formulario de Registro del Paciente

Información Personal para pacientes mayores de 18+ o Información del Padre/Tutor Legal de pacientes que son niños

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Nombre que prefiere _____ Idioma que prefiere _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nº. Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____

Por favor marque la casilla "P" para elegir el número de teléfono de su preferencia.

P Teléf. de la casa _____ P Teléf. celular _____ P Teléf. del trabajo _____

¿Cuál fue su sexo asignado al nacer? Femenino Masculino Intersexual No conocido Otro _____

¿Cuál es su identidad sexual? Femenina Masculina Genderqueer/No conforme Otra _____

Hombre transgénero/Transexual masc (mujer-a-hombre) Mujer transgénero/Transexual fem (hombre-a-mujer)

¿Cuál es su orientación sexual? Lesbiana Gay Heterosexual Bisexual Pansexual Asexual Otra _____

¿En este momento, esta sin vivienda? Sí No ¿Vive usted en una vivienda pública? Sí No

Situación laboral: Tiempo completo Medio tiempo Desempleado Jubilado Trabajador Independiente
 Militar Activo Estudiante

¿Es usted un Veterano? Sí No **Estado Civil:** Soltero Casado Divorciado Viudo Legalmente Separado

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Otro _____ Prefiere no especificar

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái Blanco Isleño del Pacífico
 Negro o Afroamericano Otro _____ Prefiere no especificar

¿Tiene alguno de lo siguiente? Testamento Vital* Poder Notarial DNR (Orden de no reanimar) Ninguno

* Un Testamento Vital explica qué tratamiento médico le gustaría recibir si no puede comunicar sus deseos.

Salud Family Health Centers recibe fondos especiales para proporcionar servicios con descuento a cierto grupo demográfico de pacientes. Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. En algún momento de los últimos dos años, ¿usted o alguien de su familia ha trabajado con o transportado plantas, árboles o animales de granja? Sí No
2. Si es así, para hacer ese trabajo, ¿ha tenido que establecer una vivienda temporal? Sí No
3. ¿En algún momento usted o alguien de su familia se retiró de un trabajo donde trabajaba con o transportaba plantas, árboles o animales de granja? Sí No

Ingresos del hogar y tamaño de la familia

Ingreso estimado del hogar (antes de impuestos) _____ Mensual Anual

Número de dependientes financieros que viven en su hogar (incluidos usted y su cónyuge, si corresponde) _____

Nombre y apellido del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Información del Seguro Médico

Nombre del seguro _____ (Proporcione una copia de su tarjeta del seguro.)

Nombre del titular del seguro _____

Consentimiento HIPAA

Después de revisar el Aviso de las Prácticas de Privacidad, ¿desea designar a un miembro de la familia u otro individuo con quién podamos compartir su información médica?

Autorizo a que se comparta mi información médica protegida con las personas que se mencionan a continuación para comunicar resultados, hallazgos y atención médica.

Nombre	Relación	Nro. de teléfono de contacto	Notas específicas

Por favor, ingrese a continuación el nombre de la persona a la que podamos contactar en caso de una emergencia. Por favor tenga en cuenta que esto no le otorga acceso a su información médica, a menos que usted especifique lo contrario.

Contacto de emergencia	Relación	Nro. de teléfono de contacto	Notas específicas

También tenga en cuenta que los números de teléfono que proporcionó, en la página 1, para comunicarnos con usted será usado para enviarle mensajes de texto o de voz, para recordarle sobre sus citas y para comunicarle resultados o la necesidad de otras citas. Podríamos llamar, enviar mensajes de texto o dejar un mensaje de voz a cualquiera de las personas que usted ha designado en la sección anterior para que compartamos su información con ellos tanto como sea necesario. Es su responsabilidad mantener con nosotros su información al día para que podamos comunicarnos con usted. Si a usted le gustaría que nos comunicáramos con usted por otros medios o en sitios alternativos, por favor hágase saber a un miembro del personal de Salud.

Opto por no recibir información a través de mensajes de texto

Salud participa en el intercambio electrónico de información médica para compartir su información médica con otros proveedores de atención médica cuando es relevante para su atención, tales como hospitales que usted ha visitado. Usted tiene la opción de no ser incluido en este intercambio de información si así lo desea.

Opto por que no se comparta mi información médica en ningún intercambio electrónico de información médico

Nombre y apellido del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Consentimientos

Los siguientes documentos proporcionan información acerca de su atención en Salud Family Health Centers. Usted ha recibido una copia de cada documento. Sus iniciales y su firma, más abajo, indican que usted recibió una copia, comprendió la información y acepta los términos y condiciones descritos.

_____ **Autorización para Tratamiento:** Este documento le permite a usted y a cualquier miembro de su familia menor de 17 años, del cual usted es padre o tutor legal, recibir tratamiento médico, dental y de salud mental en Salud Family Health Centers.

_____ **Derechos y Responsabilidades del Paciente:** Este documento explica sus derechos y responsabilidades como paciente de Salud, incluyendo su derecho a ser tratado con respeto y dignidad y su responsabilidad de ser considerado y respetuoso con el equipo de atención médica de Salud.

_____ **Salud es Su Hogar de Atención Médica:** Este documento explica lo que significa ser un Hogar de Atención Médica, incluyendo el uso de un enfoque con base en la atención médica del paciente por parte de un equipo médico y donde se le brinda apoyo para ser responsable de su propia atención médica.

_____ **Derechos y Responsabilidades Financieras del Paciente:** Este documento proporciona detalles de cómo Salud colecta los pagos por los servicios que proporciona, incluyendo la expectativa de que usted haga los pagos que le corresponden.

_____ **Política de No Asistir y Llegar Tarde:** Este documento proporciona detalles de las consecuencias de llegar más de 15 minutos tarde a su cita o no llamar para cancelar o reprogramar su cita antes de las 4 pm del día previo a su cita programada, si usted necesita cancelar o reprogramarla.

_____ **Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA:** Este aviso proporciona información sobre cómo mantenemos su información privada y las formas en que podemos compartir su información médica.

Nombre en Letra de imprenta: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

(La firma de este formulario autoriza su atención médica y la de los dependientes que haya incluido en el formulario de registro de niños)

Parte Responsable

Formulario de Registro de un Niño/Menor/Dependiente Adicional

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Dirección (si es diferente a la del padre o tutor legal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo al nacer _____ Transgénero Núm. del Seguro Social _____

Etnicidad del Paciente: Hispánico o Latino No Hispánico o Latino Otra _____ Prefiere no especificar

Raza del Paciente: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái Blanco

Isleño del Pacífico Negro o Afroamericano Otra _____ Prefiere no especificar

Información del Contacto de Emergencia:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Relación con el paciente _____

Nombre del Seguro _____ Titular del Seguro _____

Formulario de Registro de un Niño/Menor/Dependiente Adicional

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Dirección (si es diferente a la del padre o tutor legal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo al nacer _____ Transgénero Núm. del Seguro Social _____

Etnicidad del Paciente: Hispánico o Latino No Hispánico o Latino Otra _____ Prefiere no especificar

Raza del Paciente: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái Blanco

Isleño del Pacífico Negro o Afroamericano Otra _____ Prefiere no especificar

Información del Contacto de Emergencia:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Relación con el paciente _____

Nombre del Seguro _____ Titular del Seguro _____

Formulario de Registro de un Niño/Menor/Dependiente Adicional

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Dirección (si es diferente a la del padre o tutor legal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo al nacer _____ Transgénero Núm. del Seguro Social _____

Etnicidad del Paciente: Hispánico o Latino No Hispánico o Latino Otra _____ Prefiere no especificar

Raza del Paciente: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái Blanco

Isleño del Pacífico Negro o Afroamericano Otra _____ Prefiere no especificar

Información del Contacto de Emergencia:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Relación con el paciente _____

Nombre del Seguro _____ Titular del Seguro _____