

Formulario de registro del paciente

Como Centro de Salud Federalmente Calificado, estamos obligados a solicitarle cierta información personal. Toda la información proporcionada será confidencial.

Por favor complete la siguiente información para registrarse en nuestros servicios.

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre que uso: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de preferencia: Casa Celular Tel. de la casa: _____ Tel. Celular: _____

Correo electrónico: _____

(para el acceso al portal del paciente para adultos y menores de 12 años o menos)

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Idioma de preferencia: _____

¿Cuál fue su sexo asignado al nacer? Femenino Masculino Desconocido

¿Cuál es su identidad de género?: Femenino Masculino Cuirgénero /Género no conforme Otro: _____

Hombre transgénero (de Femenino a Masculino) Mujer transgénero (de Masculino a Femenino) No contesto

¿Se encuentra actualmente sin hogar? Sí No

¿Vive en una vivienda pública? (p.ej., Sección 8, casa de acogida, etc.) Sí No

Situación laboral: Tiempo completo Medio tiempo Desempleado Trabajador autónomo Retirado

Militar activo Reserva para asignación nacional

¿Es usted veterano? Sí No

Estado civil: Soltero Casado En pareja Divorciado Viudo Legalmente separado Desconocido

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Rechazo especificar

Raza: Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Blanco Rechazo especificar

¿Tiene alguno de los siguientes? Documento de voluntades anticipadas* Poder legal Ninguno

** Un documento de voluntades anticipadas es un documento legal que explica sus deseos sobre su tratamiento médico en caso de que usted no pueda comunicarlos (por ejemplo, un testamento vital).*

¿Tiene seguro médico? Sí No

Nombre del seguro (proporcione una copia de la tarjeta del seguro): _____

Nombre del titular del seguro: _____

Salud Family Health recibe fondos especiales para proporcionar servicios con descuento a determinada población de pacientes. Por favor conteste las siguientes preguntas.

1. En algún momento de los últimos dos años, ¿usted o alguien de su familia ha tenido un trabajo con o transportado plantas, árboles o animales de granja? Sí No
2. Si es así, para realizar 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 con o de transporte de plantas, árboles o animales de granja? Sí No

Como Centro de Salud Calificado Federalmente, Salud debe preguntar sobre los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. ¿Cuál es su ingreso familiar estimado antes de impuestos?

Mensual: _____ o Anual: _____

¿Cuántos en su hogar dependen de usted económicamente (incluido usted y su cónyuge)? _____

¿Cuál es su farmacia de preferencia? Farmacia de Salud **Otra farmacia:** _____

Dirección de la farmacia: _____

Indique un contacto para casos de emergencia. Esto no le da acceso a su información médica.

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____

Opcional: Acceso a la información de salud- si hay alguien más con quien le gustaría compartir su información médica, puede designar a esa persona a continuación.

Compartiremos su información médica según sea necesario con esta persona. Podemos llamar, enviar mensajes de texto o dejar mensajes de voz en el número de teléfono especificado. También responderemos a las preguntas que nos hagan.

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida a la persona indicada a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Consentimiento electrónico - Los números de teléfono que nos ha proporcionado se utilizarán para enviarle mensajes de texto y/o voz sobre recordatorios de citas y para ponernos en contacto con usted sobre resultados o visitas de telemedicina. Es su responsabilidad mantener su información de contacto actualizada con nosotros para que podamos comunicarnos con usted. Si desea recibir comunicaciones a través de medios alternativos o en lugares alternativos, por favor avise a un miembro del personal de Salud. Salud participa en intercambios electrónicos de información médica para compartir su información médica con otros proveedores de atención médica cuando sea relevante para su atención, como en el caso de visitas a hospitales. Usted tiene la opción de excluirse de este intercambio de información médica si así lo desea.

¿Desea optar por que no se comparta su información médica en ningún intercambio de información médica?

Sí - Optar por no participar No - Permitir el intercambio de información

Los siguientes documentos brindan información sobre su atención en Salud Family Health. Sus iniciales y firma a continuación indican que ha recibido una copia de cada documento, comprende la información y acepta los términos y condiciones descritos.

_____ **Consentimiento para tratamiento** - Este documento le permite a usted y a cualquier miembro de su familia menor de 17 años del que usted es padre o tutor legal recibir atención médica, dental y de salud mental en Salud Family Health.

_____ **Derechos y responsabilidades del paciente** - Este documento explica sus derechos y responsabilidades como paciente de Salud, incluido 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 Médico** - Este documento explica lo que significa ser un hogar médico, incluyendo el uso de un enfoque para la atención del paciente en equipo y la posibilidad de que usted sea responsable de su propia atención médica.

_____ **Derechos y responsabilidades financieras del paciente** - En este documento se detalla la forma en que Salud cobra las tarifas por los servicios que brinda, incluyendo la expectativa de que usted pague su parte de las tarifas antes de que se le brinden los servicios.

_____ **Política de no asistir y llegar tarde a las citas** - Este documento detalla las consecuencias de llegar más de quince minutos tarde a una cita o no llamar para cancelar su cita antes de las 4:00 p. m. del día anterior a su cita programada si necesita reprogramarla o cancelarla.

_____ **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: _____

(Su firma autoriza la atención médica para usted y cualquier menor(es) que haya indicado en este formulario de registro)