



Registro del paciente

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY) : ____/____/____
 Apellido Nombre

Seguro Social.: _____ - _____ - _____ Sexo: Mujer Hombre

Dirección: _____ # de Apto/Lote _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono Primario: _____ Casa Celular

Número de Teléfono Secundario: _____ Casa Celular

Número de Trabajo: _____ Preferencia del contacto: Casa Celular Trabajo Email

Email: _____ ¿Desea recibir sus historiales médicos en línea? Sí No

Empleador: _____ Ciudad/Código Postal: _____

Si el paciente tiene menos de 18 años:

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Información Financiera:

<p>¿Cuántas personas viven en su hogar?: _____</p> <p>Ingreso Bruto del Hogar (Antes de Impuestos): \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual</p> <p>¿Le gustaría aprender más sobre nuestro programa de la Escala de Descuento y la posibilidad de obtener un descuento en su estado de cuenta? (se requiere una solicitud separada y una prueba de ingresos)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, Me Interesa</p>	<p>Persona Responsable (que pague la cuenta, marque aquí si es el paciente <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre: _____</p> <p>DOB: _____</p> <p>Seguro Social: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Relación con el paciente: _____</p>
---	--

Información del Seguro:

Seguro Primario	Seguro Secundario
Nombre del Seguro Médico: _____	Nombre del Seguro Médico: _____
Número de Grupo: _____	Número de Grupo: _____
Número de Póliza: _____	Número de Póliza: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
DOB: _____	DOB: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Relación con el paciente: _____	Relación con el paciente: _____

Etnia:	Idioma Preferido para su Atención en Promise:	Orientación Sexual:	Identidad de Género:
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Inglés (no necesito interprete) <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	Piensas hacia ti mismo como: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otro: _____	Piensas hacia ti mismo como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero/Hombre-Trans/Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero/Mujer-Trans/Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar
Raza(s): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Indígena de Centroamérica	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Viuda/o		
	Estado Militar: ¿Ha servido en el Ejército o las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		



Formulario de autorización de HIPAA

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Personas Autorizadas Para Recibir Información Médica

Yo [paciente/tutor] estoy autorizando a la(s) persona o personas enumeradas a continuación para obtener información médica sobre el paciente. Entiendo que PCHC no es responsable por la información proporcionada cuando es recibida por la persona que he enumerado a continuación.

Nota:

Si el paciente es un niño de menos de 18 años de edad, los padres no necesitan ser listados

Si el paciente desea que su cónyuge o pareja tenga acceso, el cónyuge/pareja necesita ser listado abajo

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

DOB: _____ Teléfono: _____ DOB: _____ Teléfono: _____

Autorización de HIPAA y para Divulgar Información

Yo autorizo a PCHC y sus afiliados, sus empleados y agentes a usar y divulgar información de salud protegida (por ejemplo, información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamos y servicios de atención médica proporcionados o que se me proporcionarán y que identifiquen mi nombre, dirección, número de seguro social, número de identificación de miembro) con el fin de ayudarme a resolver problemas de reclamos y cobertura de beneficios de salud.

Entiendo que cualquier información de salud personal u otra información entregada a la persona u organización identificada anteriormente pueden estar sujeta a una nueva divulgación por parte de dicha persona/organización y puede que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad aplicables.

Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización mediante el envío de una notificación por escrito a Promise Community Health Center. Sin embargo, esta autorización no puede ser cancelada si los empleados o agentes ya han tomado acción con esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito. También entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada por el recipiente y puede ya no ser protegida por la ley federal y estatal.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negar firmar esta autorización. Mi negar de firmar no afectará mi elegibilidad de beneficios o inscripción o pago para o cobertura de servicios. Se me ha aconsejado sobre de las prácticas de esta Práctica de Privacidad, la póliza de Divulgación de Datos de Facturación, póliza de Asignación de beneficios, y conceder la práctica de la Autoridad del Historial de Medicamento. Entiendo que puedo solicitar una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Promise en cualquier momento.

Mi firma a continuación indica que acepto la responsabilidad financiera de esta cuenta y por el pago de los servicios proporcionados a mí y a mi cónyuge y/o a mis dependientes.

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta según mi conocimiento.

Si es firmado por un representante legal:

Al firmar este formulario, declaro que soy representante legal del paciente identificado anteriormente y presentaré una prueba escrita (por ejemplo, poder notarial, testamento en vida, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del paciente con respecto a este formulario de autorización.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____