

Información del paciente

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): ____/____/____ Seguro Social: _____ Sexo: Femenino Masculino
 Dirección: _____ Apt/Lot # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Número de Teléfono: _____ Celular Casa
 Idioma preferido para su atención en Promise: Inglés (no necesito interprete) Español Otro: _____

Etnia del paciente:

No es Hispana/Latina
 Hispana/Latina Mexicana o mexicana-americana
 cubana puertorriqueña
 Otra: _____

Grupo(s) racial(es):

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Guamana o chamorra	<input type="checkbox"/> Japonesa
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Samoana	<input type="checkbox"/> Coreana
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Otra asiática
<input type="checkbox"/> Indígena de Centroamérica	<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> No lo sé/Rechazo especificar
	<input type="checkbox"/> Filipina	

Orientación Sexual: Heterosexual Lesbiana, gay, u Homosexual Bisexual Prefiero no revelar No sé Otro: _____

Identidad de Género: Hombre Mujer Transgénero/Hombre-Trans Transgénero/Mujer-Trans Prefiero no revelar Otro: _____

Información de los padres o tutor
Nombre del Garante (¿quién pagara la cuenta?):

Relación con el paciente: Madre Padre Otro tutor

FdN (MM/DD/AA): FdN (MM/DD/AA) _____ Seguro Social: _____

Número de Teléfono (marque aquí si es igual al del paciente)

Dirección (marque aquí si es igual a la del paciente) Dirección (si es diferente):

Número de Teléfono Celular: _____

Número de Teléfono Casa: _____

Preferencia del contacto: Celular Casa

Email: _____

Otro padre/tutor:

Relación con el paciente: Madre Padre Otro tutor

FdN (MM/DD/AA): _____ Seguro Social: _____

Número de Teléfono (marque aquí si es igual al del paciente)

Dirección (marque aquí si es igual a la del paciente) Dirección (si es diferente):

Número de Teléfono Celular: _____

Número de Teléfono Casa: _____

Preferencia del contacto: Celular Casa

Email: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar?: _____ Ingreso bruto del hogar (Antes de impuestos): \$ _____ Mensual Anual

Programa de la Escala de Descuento: Todos los pacientes, con o sin seguro médico, son elegibles para solicitar y posiblemente recibir descuentos en su factura. Se requiere una solicitud separada y una prueba de ingresos. Sí, estoy interesado en el programa de descuento

Información del Seguro Médico:



Tiene Seguro Primario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene Seguro Secundario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Seguro Médico: _____	Nombre del Seguro Médico: _____
Número de Grupo: _____	Número de Grupo: _____
Número de Póliza: _____	Número de Póliza: _____
Nombre: _____ FdN (MM/DD/AA): _____	Nombre: _____ FdN (MM/DD/AA): _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Relación con el paciente: _____	Relación con el paciente: _____

Formulario de autorización de HIPAA

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 menor de los 18 años de edad, los padres no necesitan ser listados

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

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

FdN (MM/DD/AA): _____ Teléfono: _____

FdN (MM/DD/AA): _____ 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. 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.

Intercambio de información sobre la salud: Entiendo que Promise participa en el intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de atención médica a través de South Dakota Health Link. A menos que yo decida no participar, mi información médica electrónica será accesible a través del South Dakota Health Link a usuarios debidamente autorizados para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica solamente. Para optar por no participar o para obtener más información, puedo encontrar información en sdhealthlink.org o pedir ayuda al personal.

Responsabilidad Financiera: 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 o tutor (si el paciente es menor de edad): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____