

**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:		Grupo(s) racial(es):		
<input type="checkbox"/> No es	Hispana/Latina	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Guamana o chamorra	<input type="checkbox"/> Japonesa
Hispana/Latina	<input type="checkbox"/> Mexicana o mexicana-americana	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Samoana	<input type="checkbox"/> Coreana
	<input type="checkbox"/> cubana <input type="checkbox"/> puertorriqueña	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Otra: _____	<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?):	Otro padre/tutor:
_____	_____
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro tutor	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro tutor
FdN (MM/DD/AA): FdN (MM/DD/AA) _____ Seguro Social: _____	FdN (MM/DD/AA): _____ Seguro Social: _____
Número de Teléfono ( <input type="checkbox"/> marque aquí si es igual al del paciente)	Número de Teléfono ( <input type="checkbox"/> marque aquí si es igual al del paciente)
Dirección ( <input type="checkbox"/> marque aquí si es igual a la del paciente) Dirección (si es diferente): _____	Dirección ( <input type="checkbox"/> marque aquí si es igual a la del paciente) Dirección (si es diferente): _____
Número de Teléfono Celular: _____	Número de Teléfono Celular: _____
Número de Teléfono Casa: _____	Número de Teléfono Casa: _____
Preferencia del contacto: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa	Preferencia del contacto: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa
Email: _____	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	
<p>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.</p>	
<p><b>Nota:</b>            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</p>	
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: \_\_\_\_\_