

### Registro del paciente

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellidos Nombres

Seguro Social.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apto/Lote: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Empleador/ Ciudad: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Primario: \_\_\_\_\_  Casa  Celular

Número de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_  Casa  Celular

Nombre del contacto secundario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido para su Atención en Promise:  Inglés (no necesito interprete)  Español  Otro: \_\_\_\_\_

### 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><b>Programa de la Escala de Descuento</b></p> <p>Todos los pacientes con o sin seguro médico son elegibles para solicitar y posiblemente recibir descuento en su factura. Se requiere una solicitud separada y una prueba de ingresos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, estoy interesado en el programa de descuento</p>	<p><b>Persona Responsable</b> por pagar la cuenta, marque aquí si es el paciente <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre: _____</p> <p>DOB: _____ Seguro Social: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal: _____</p> <p>Relación con el paciente: _____</p>
--	---

### Información del Seguro:

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

<p><b>Etnia:</b></p> <p><input type="checkbox"/> No es Hispana/Latina</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicana o mexicana-americana <input type="checkbox"/> cubana <input type="checkbox"/> puertorriqueña</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>	<p><b>Orientación Sexual:</b></p> <p>Piensas hacia ti mismo como:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, o Homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no revelar</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><b>Identidad de Género:</b></p> <p>Piensas hacia ti mismo como:</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Transgénero/Hombre-Trans/Mujer a Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Transgénero/Mujer-Trans/Hombre a Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no revelar</p>
<p><b>Raza(s):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Blanca</p> <p><input type="checkbox"/> Negra</p> <p><input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo Americana</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de Centroamérica</p> <p><input type="checkbox"/> Guamana o chamorra</p> <p><input type="checkbox"/> Samoana</p>	<p><b>Estado Civil:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Compañero/a de vida <input type="checkbox"/> Viudo/a</p> <p><b>Estatus Militar:</b></p> <p>¿Ha servido en el Ejército o las Fuerzas Armadas de los Estado Unidos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p><input type="checkbox"/> Isleña Pacífica</p> <p><input type="checkbox"/> India asiática</p> <p><input type="checkbox"/> China</p> <p><input type="checkbox"/> Filipina</p> <p><input type="checkbox"/> Japonesa</p> <p><input type="checkbox"/> Coreana</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Otra asiática</p>		



<input type="checkbox"/> No sé/elijo no contestar		
---	--	--

### Formulario de autorización de HIPAA

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (FdN): \_\_\_\_\_

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.	
<b>Nota:</b> 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: _____
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. Reconozco que he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de Promise y entiendo que puedo solicitar una copia 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](http://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/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_