

Family Health Center- 1600 Providence Drive, Waco, Texas 76707

Por Favor llene las secciones de esta Forma y regreselo a la Recepcionista

Informacion del Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SEXO AL NACER M F FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SSN ____/____/____

DIRECCION _____ APT # _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

TEL CASA _____ TEL TRABAJO _____ CELULAR _____

EMAIL _____

METODO DE COMUNICACION DE PREFERENCIA Telefono E-mail (MyChart) Correo

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELACION _____ TELEFONO _____

EMPLEADOR _____ OCUPACION _____ TELEFONO _____

Idioma de Preferencia

- ENGLISH
- SPANISH
- SIGNING / ASL
- OTRO _____

Grupo Étnico

- HISPANO O LATINO
- NOT HISPANIC OR LATINO

Raza

- BLANCO O HISPANO
- NEGRO O AFRO-AMERICANO
- ASIATICO
- NDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA
- NATIVO DE HAWAII
- OTRO- ISLAS DEL PACIFICO

Farmacia de Preferencia

- FHC
- OTRO _____

Estado Civil

- SOLTERO
- CASADO
- VIUDO
- DIVORCIADO

Tiene una Directiva Avanzada o un Testamento en Vida?

- NO
- SI

Identidad de Genero

- HOMBRE
- MUJER
- TRANSGENDER HOMBRE / MUJER A HOMBRE
- TRANSGENDER MUJER/ HOMBRE A MUJER
- OTRO
- DECIDIO NO REVELAR

Orientacion Sexual

- HETEROSEXUAL (NO LESBIANA O NO ES GAY)
- LESBIANA
- GAY
- BISEXUAL
- ALGO DIFERENTE
- NO LO SE

Cual es su Ingreso Mensual?

(SELECCIONE UNA)

- NO TENGO INGRESOS (\$0)
- MI INGRESO MENSUAL ES _____
- MI INGRESO ANUAL ES _____

Status de Veterano

- ACTIVO
- NACTIVO (VETERANO)
- GUARDIA NACIONAL
- RESERVA
- NINGUNO

Condiciones de Trabajador Agricultor:

- TRABAJADOR AGRICULTOR
- NO ES UN TRABAJADOR AGRICULTOR
- TRABAJADOR AGRICULTOR IE TEMPORADA

En Vivienda Publica

- NO
- SI

Estado sin Hogar

- COMPARTE HABITACION
- VIVE EN UN REFUGIO
- EN LA CALLE (SIN HOGAR)
- VIVE EN UN LUGAR DE TRANSICION
- VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE
(Por parte de MHMR o Centro de Abuso Familiar)

Cuántas personas

viven en su casa?

(incluyendose usted) _____

INFORMACION DEL SEGURO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

PERSONA CON LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SSN ____/____/____

RELACION CON EL PACIENTE _____

MEDICARE **PROVEA COPIA DE SEGURO SOCIAL** MEDICAID GOOD HEALTH CARD COUNTY TITLE V OTRO

AUTORIZACION GENERAL PARA RECIBIR SERVICIOS

Doy autorización para recibir el tratamiento que mi doctor de Family Health Center y yo creemos que sea el mejor para mi o para el paciente(s) que están bajo mi responsabilidad.

Entiendo y reconozco que Family Health Center (llamado también "FHC") es un centro de enseñanza y que mi cuidado y/o el cuidado de los pacientes que están bajo mi responsabilidad; será proveído pero no limitado a Doctores incluyendo estudiantes de medicina o doctores practicantes, dentistas practicantes que sean parte del programa de entrenamiento clínico. Entiendo y reconozco que los servicios de enseñanza como la observación directa por parte de otros doctores o estudiantes de medicina, discusión del caso o videograbación de las actividades del cuidado médico que me involucre a mi o a los pacientes que están bajo mi responsabilidad son permitidas con fines de enseñanza al menos de que yo niegue el permiso en específico.

Entiendo que el personal de FHC y mi doctor crearan y mantendrán un expediente del cuidado y servicios provistos como parte del cuidado mismo. Entiendo que tal información será utilizada y/o compartida en el manejo y cuidado proveído por FHC como se explica en el boletín de la Protección de la Privacidad. Entiendo y certifico que FHC participa en el intercambio electrónico de Expedientes médicos y que en dado caso yo busco tratamiento en otros centros de salud o doctores que también participan en el intercambio electrónico de expedientes médicos, mi información médica o la de los pacientes que están bajo mi responsabilidad la información será compartida con los doctores o clínicas participantes. La información que se comparta incluye, pero no está limitada a la historia de los medicamentos recetados, como también información relacionada con tratamientos de la salud mental, diagnósticos de abuso de drogas o alcohol, y/o diagnóstico, tratamiento, resultados de estudios de HIV (SIDA). Entiendo que dicha información de cualquier fuente puede ser requerida por parte de esa clínica o doctor como parte del expediente médico que se necesite de mi o de los pacientes que están bajo mi responsabilidad.

NOTIFICACION DE PROTECCION DE LA PRIVACIDAD

Declaro que entiendo que tengo el derecho de pedir una copia del boletín de la Práctica de Protección de la Privacidad de Family Health Center

DOMINIO LIMITADO DEL IDIOMA INGLES

Family Health Center orgullosamente ofrece asistencia en algunos idiomas a sus pacientes de una manera gratuita. También, hará todo lo posible para acomodar a los pacientes con algún tipo de discapacidad de una manera razonable.

FOTOGRAFIAS

Doy autorización para la toma de fotografías y/o video de imágenes con el propósito de identificar y documentar mi cuidado médico.

DECLARACION DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Declaro que entiendo que yo soy la persona principal responsable por los pagos de los gastos de los servicios ofrecidos por FHC independientemente de cualquier seguro médico que pueda tener incluyendo Medicare o Medicaid; y el pago se debe de hacer al momento que es requerido. También entiendo que además del cobro por los servicios, seré responsable por cualquier costo de servicios de abogados, corte,

buro de crédito, o intereses que se pueda producir si se requiere tomar alguna acción para obtener pago por los servicios proveídos por FHC. Certifico que la información sobre el paciente y la información financiera entregada en este momento es la más completa y correcta.

ASIGNACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO MEDICO

En consideración con los servicios prestados, yo declaro que asigno y transfiero irrevocablemente a FHC los derechos, títulos e interés en beneficios pagables por servicios otorgados por parte de FHC. Declaro que autorizo e informo a la compañía de seguros (incluyendo Medicaid, Medicare, County, Champus, y otros seguros comerciales) de pagar directamente a FHC todos los beneficios bajo las condiciones establecidas de mi póliza o pólizas. Me responsabilizo de pagar a FHC los servicios que no son cubiertos bajo mi seguro o todos los cobros legalmente permitidos en la cantidad de cualquier suma que pueda ser pagada por la compañía de seguros.

RESPONSABILIDAD DE MEDICAID/ MEDICARE

He sido informado por un proveedor de servicios médicos/dentales de FHC que algunos servicios/ artículos que he solicitado, incluyendo los servicios recibidos el día _____(fecha) tal vez no sean cubiertos bajo los programas de Medicaid o Medicare aun siendo razonables y medicamente necesarios para mi cuidado. Entiendo que los programas de Medicaid y/o Medicare o los representantes de los seguros determinan la necesidad medica de los servicios/artículos que pido y recibo. También entiendo que soy responsable de pagar los servicios o artículo que yo pida y reciba en caso de que Medicaid y/o Medicare no considere estos servicios/ artículos razonables o medicamente necesarios para mi cuidado.

COBROS DE RESULTADOS/DIAGNOSTICOS FUERA DE FHC

A partir de 6/1/95, exámenes de laboratorio de muestras/ rayos X, ultrasonidos obtenidos en FHC y enviados a un laboratorio independiente o especialista; serán facturados directamente a mi por parte de la entidad independiente (ver lista). También existe un cobro por el manejo por obtener la muestra de laboratorio la cual es cobrada por medio de FHC. Al momento de recibir la factura, entiendo que es mi responsabilidad contactar al laboratorio o departamento de radiología de cualquiera de esas instituciones para hacer un plan de pago o darles información de mi seguro medico. He sido informado por escrito y verbalmente sobre este cambio. Entiendo que los cobros de estos exámenes ahora son mi responsabilidad.

LABORATORIOS INDEPENDIENTES: *Baylor Scott & White*- interpretación y proceso de muestras de laboratorio o rayos X/ultrasonidos; *Providence Health Center*- interpretación y proceso de muestras de laboratorio o rayos X/ultrasonidos; *Waco Radiology* – interpretación y proceso de rayos X; *Clinical Pathology Lab*- manejo de exámenes no realizados en FHC; *Central Texas Pathology*- estudios del Papanicolaou y biopsias patológicas.

Firma del Paciente /Tutor

He leído y entendido el documento arriba mencionado.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR* _____

RELACION CON EL PACIENTE _____

TESTIGO _____

**Tutor legal debe de mostrar documentos legales de la tutoría y entregar una copia con esta forma*