

Información del Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Correo- Electrónico \_\_\_\_\_  
 Paciente / Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Método de Comunicación Preferido:  Teléfono  Correo Electrónico (MyChart)  Correo Regular Farmacia de Preferencia \_\_\_\_\_

<p><b>SEXO AL NACER:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><b>IDENTIDAD DE GENERO</b></p> <p><input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DECIDO NO REVELAR</p> <p><input type="checkbox"/> TRANSEXUAL HOMBRE / MUJER A HOMBRE</p> <p><input type="checkbox"/> TRANSEXUAL MUJER / HOMBRE A MUJER</p>	<p><b>ORIENTACION SEXUAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL (NO HOMOSEXUAL O LESBIANA)</p> <p><input type="checkbox"/> LESBIANA <input type="checkbox"/> HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL</p> <p><input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> NO SE <input type="checkbox"/> DECIDO NO REVELAR</p>	<p><b>IDIOMA DE PREFERENCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> INGLES</p> <p><input type="checkbox"/> ESPAÑOL</p> <p><input type="checkbox"/> SEÑAS/ ASL</p> <p><input type="checkbox"/> OTRO _____</p>	<p><b>ESTADO DE VETERANO</b></p> <p><input type="checkbox"/> SERVICIO ACTIVO</p> <p><input type="checkbox"/> NO ACTIVO (VETERANO)</p> <p><input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL</p> <p><input type="checkbox"/> RESERVA <input type="checkbox"/> NINGUNO</p>
---	--	--	---

<p><b>ETHNICITY</b></p> <p><input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO OR LATINO</p> <p><b>RACE</b></p> <p><input type="checkbox"/> BLANCO O HISPANO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFRO-AMERICANO</p> <p><input type="checkbox"/> ASIÁTICO</p> <p><input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA</p> <p><input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII <input type="checkbox"/> OTRO – ISLAS DEL PACÍFICO</p>	<p><b>ESTADO CIVIL</b></p> <p><input type="checkbox"/> SOLTERO</p> <p><input type="checkbox"/> CASADO</p> <p><input type="checkbox"/> VIUDO</p> <p><input type="checkbox"/> DIVORCIADO</p>	<p><b>INFORMACIÓN DEL NUCLEO FAMILIAR</b></p> <p>¿CUANTAS PERSONAS HAY EN SU NUCLEO FAMILIAR, INCUYENDOSE USTED? _____</p> <p>¿CUAL ES EL INGRESO MENSUAL DE SU FAMILIA? _____</p> <p><input type="checkbox"/> NO TENGO INGRESOS (\$0)</p> <p><input type="checkbox"/> MI INGRESO MENSUAL ES \$ _____</p>	<p><b>ESTATUS DE TRABAJADOR AGRÍCOLA</b></p> <p><input type="checkbox"/> TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE</p> <p><input type="checkbox"/> TRABAJADOR AGRÍCOLA TEMPORAL</p> <p><input type="checkbox"/> NO SOY TRABAJADOR AGRÍCOLA</p>
--	--	---	---

<p><b>VIVIENDA PÚBLICA</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><b>ESTATUS SIN HOGAR</b></p> <p><input type="checkbox"/> COMPARTE HABITACIÓN (VIVE CON OTROS)</p> <p><input type="checkbox"/> VIVE EN UN REFUGIO</p> <p><input type="checkbox"/> VIVE EN LUGAR DE TRANSICIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> VIVE EN LA CALLE</p> <p><input type="checkbox"/> VIVE EN LUGAR DE APOYO PERMANENTE (POR MEDIO DE MHMR / CENTRO DE APOYO POR ABUSO FAMILIAR)</p>	<p><b>INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR (PERSONA CON LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA)</b></p> <p>NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____</p> <p>DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> (MARQUE LA CAJA SI ES LA MISMA DE ARRIBA) _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____ TELÉFONO MÓVIL _____</p> <p>TELÉFONO DEL TRABAJO _____ TELÉFONO DE CASA _____ EMPLEADOR _____</p> <p>RELACIÓN CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO (A) <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO _____</p>
--	---

**PRIMER SEGURO**

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_ # DE SOCIO \_\_\_\_\_ #DE GRUPO \_\_\_\_\_

¿EL PACIENTE ES EL SUSCRIPTOR?  SI  NO (en case de ser no, favor de completar esta sección) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR: NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NÚM. DE SS \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN  (MARQUE LA CAJA SI ES LA MISMA DE ARRIBA) \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

**SEGUNDO**

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_ # DE SOCIO \_\_\_\_\_ #DE GRUPO \_\_\_\_\_

¿EL PACIENTE ES EL SUSCRIPTOR?  SI  NO (en case de ser no, favor de completar esta sección) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR: NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NÚM. DE SS \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN  (MARQUE LA CAJA SI ES LA MISMA DE ARRIBA) \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

**SI LE GUSTARÍA QUE LE CONTACTEMOS PARA UNA CITA DENTAL FAVOR DE COMPLETAR ESTA SECCIÓN**

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL: \_\_\_\_\_ # DE SOCIO \_\_\_\_\_ #DE GRUPO \_\_\_\_\_

¿EL PACIENTE ES EL SUSCRIPTOR?  SI  NO (en case de ser no, favor de completar esta sección) INFORMACION DEL SUSCRIPTOR: NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NÚM. DE SS \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCION  (MARQUE LA CAJA SI ES LA MISMA DE ARRIBA) \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

TEL. TRABAJO \_\_\_\_\_ TEL CASE \_\_\_\_\_ TEL MÓVIL \_\_\_\_\_

## **Conocimiento de los Servicios de Enseñanza y Autorización para Recibir Tratamiento**

Yo, por medio de la presente, doy consentimiento a recibir cualquier tratamiento que mi doctor de Family Health Center (de aquí en adelante "FHC") y yo estemos de acuerdo que sea necesario para mi o para el paciente(s) que están bajo mi tutela.

Yo entiendo y reconozco que FHC es un centro de enseñanza y que mi cuidado y/o el cuidado de los pacientes que están bajo mi tutela; será proveído, pero no limitado a doctores incluyendo estudiantes de medicina y/o médicos residentes y/o dentistas residentes en un programa de enseñanza clínica. Además, entiendo y reconozco que los servicios de enseñanza tales como observación directa por otros doctores o estudiantes médicos y/o dentales, discusión de casos o imágenes fotográficas o vídeos que incluye actividades de cuidado que me envuelven a mi o las personas que están bajo mi tutela son permitidos con fines de enseñanza, al menos de que yo me niegue específicamente. Entiendo y acepto que ciertas visitas clínicas serán cumplidas por medio de servicios de telesalud (video o teléfono), durante el cual no estaré físicamente en el mismo cuarto de mi proveedor de servicios médicos. Entiendo que hay riesgos potenciales en usando tecnología, incluso interrupciones de servicio, interceptación, y dificultades técnicas. Si se determina que la tecnología de información o de telecomunicaciones no es adecuado, mi visita de telesalud puede ser descontinuada o convertida en una visita tipo en persona.

También entiendo que, como parte de los servicios de cuidado médicos y dentales, el personal de FHC, mi doctor y/o dentista crearán y mantendrán un expediente del cuidado y servicios proveídos. Entiendo que tal información podrá ser usada y/o difundida en el manejo y administración del cuidado y servicios provistos por FHC, tal como se describe en el *Boletín de la Protección de la Privacidad*. Entiendo y certifico que FHC participa en el programa de intercambio electrónico de expedientes médicos, y que, si yo busco tratamiento en otro centro de servicios médicos o proveedores que sean participantes de este programa de intercambio, mi expediente o el de los pacientes que están bajo mi tutela, podrán ser compartidos entre FHC y esos otros proveedores y/o centros médicos y dentales. Entiendo y reconozco que como parte de recibir mi cuidado médico en FHC, los doctores, dentistas y otros empleados de FHC pueden pedir y/o proveer electrónicamente los expedientes médicos y/o dentales míos y/o de los pacientes que están bajo mi tutela, a los proveedores de esas clínicas participantes. Los expedientes incluyen, pero no se limitan al historial de medicinas prescritas, así como también a la información relacionada con tratamiento de salud mental, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de consumo de alcohol y/o abuso de drogas; y/o pruebas, resultados y/o tratamiento 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 / dental que se necesite de mi o de los pacientes que están bajo mi tutela.

### **AVISO DE LA PROTECCION DE LA PRIVACIDAD**

Entiendo y declaro que tengo el derecho de pedir a Family Health Center una copia del Boletín de la Protección de la Privacidad.

### **DOMINIO LIMITADO DEL IDIOMA INGLES**

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

### **FOTOGRAFÍA**

Yo doy el consentimiento para que se tome fotografías y/o vídeo de imágenes con el fin de la identificación y documentación de mi cuidado médico y/o dental.

### **DECLARACION DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Yo entiendo que soy la persona principal responsable del pago de los gastos por servicios proveídos a por FHC, independientemente de cualquier seguro médico y/o dental que pueda tener incluyendo Medicare o Medicaid y que el pago es necesario en el momento que se requiera. También entiendo que además del costo de tales servicios, también seré responsable de cualquier costo de tarifas de abogado, costos de tribunales, cobro de multas o intereses que puedan surgir debido a tales acciones que se requieran para obtener el pago por los servicios proveídos por FHC. Certifico que la información del paciente y la situación financiera fue proveída de una manera completa y precisa al momento de recibir tales servicios.

### **ASIGNACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO**

En consideración a los servicios prestados, yo declaro que asigno y transfiero irrevocablemente todos los derechos, títulos e intereses en beneficios pagables a FHC. Declaro que autorizo y doy instrucción a la compañía aseguradora y/o al programa financiero de pagar directamente a FHC todos los beneficios que se deben bajo los términos de mi póliza(s). Entiendo que mi póliza de seguro / programa financiero o sus agentes, determinarán la necesidad médica de los servicios y artículos que yo pida y reciba. También entiendo que soy responsable por el costo de los servicios o artículos que pida y reciba y, además, que mi póliza de seguro/ programa financiero determine que no es razonable o medicamento necesario para mi cuidado.

### **COSTO DE DIAGNÓSTICOS / RESULTADOS FUERA DE FHC**

Exámenes de muestras de laboratorios, ultrasonidos y rayos x realizados en FHC y enviados a un laboratorio o especialista independiente; serán cobrados directamente a mí por parte del laboratorio u oficina del especialista independiente. También existe una tarifa por manejo de la muestra de laboratorio la cual se cobra a través de FHC. Una vez que yo reciba la factura, entiendo que debo contactar a dicho laboratorio y/o oficina del especialista para hacer un plan de pago o darles la información de mi seguro. He sido informado por escrito y de forma verbal; y entiendo que el costo de estos servicios son mi responsabilidad.

### **FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR**

He leído y entendido el documento arriba mencionado.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE/ TUTOR\* \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

*\*Tutor Legal debe presentar comprobante de tutoría, la cual debe acompañar este documento*