

Formulario de actualización anual

Account Number: _____

Estimado paciente: Debido a los nuevos reglamentos sobre informes, ahora se requiere la siguiente información de cada paciente. Tenga en cuenta que toda la información es confidencial. Necesitaremos recopilar esta información anualmente.

Información del paciente

Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento
Dirección		Apt./Unidad	Ciudad		Estado
Número de Seguro Social		Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer		Dirección de correo electrónico	
Por favor marque el teléfono principal		☐ teléfono residencial ()	☐ teléfono celular ()	☐ teléfono de trabajo ()	
Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____				¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No	
Raza (marque todos los que correspondan)		☐ India asiática ☐ Filipino ☐ Otro asiático ☐ Nativo de las islas del Pacífico ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Nativo de Hawái ☐ Guameño o Chamorro ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Prefiero no responder ☐ Coreano ☐ Vietnamés ☐ Samoano			
Etnicidad:		☐ Mexicano ☐ Chicano ☐ Cubano ☐ No Hispano/Latino ☐ Mexico Americano ☐ Puertorriqueño ☐ Hispano/Latino ☐ Prefiero no responder		Sexo de Nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer	
Orientación Sexual: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ No sé ☐ Prefiero no responder ☐ Otro: _____					
Identidad de Género: ☐ Hombre ☐ Femenino a masculino/Transexual masculino/Hombre Trans ☐ Género Queer ☐ Otro: _____ (¿Cómo Se Identifica Usted?) ☐ Mujer ☐ masculino a femenino/Transexual femenino/ Mujer Trans ☐ Prefiero no responder					
Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo		Seguro médico: ☐ Medicare ☐ Medi-Cal ☐ Ninguno ☐ Otro: _____		¿Tiene una Directiva Avanzada? ☐ Sí ☐ No	
¿Es usted un Veterano? ☐ Sí ☐ No		¿Eres trabajador agrícola? ☐ Sí ☐ No <i>En caso afirmativo, seleccione una clase de trabajo:</i> ☐ Trabajadores agrícolas migratorios ☐ Trabajadores agrícolas estacionales			
¿Esta usted sin hogar?: ☐ Sí ☐ No <i>En caso afirmativo, por favor seleccione una de las siguientes:</i>					
☐ Residencia permanente (no tiene límites de tiempo, renta)		☐ Transitoria (centro, comunidad, hogar)		☐ Vivienda compartida (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo)	
☐ Albergue (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares)		☐ Calle (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado)		☐ Otra (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)	
¿Eres un estudiante de OCRM?: ☐ Sí ☐ No <i>En caso afirmativo, seleccione uno de los siguientes programas:</i>					
☐ Alumni Housing		☐ Hope Family Housing		☐ Pearl House (non-Hurt)	
☐ Double R Ranch		☐ House of Hope		☐ Sea Glass (Hope Harbor)	
				☐ Strong Beginnings	
				☐ Village of Hope	
				☐ Tustin Veterans Outpost	

Farmacia

Nombre de farmacia preferida:	Dirección de farmacia:
--------------------------------------	-------------------------------

Información del cónyuge o del padre/tutor (Si corresponde):

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
Por favor marque el teléfono principal		
☐ teléfono residencial ()	☐ teléfono celular ()	☐ teléfono de trabajo ()
Contacto de emergencia:		
Apellido	Nombre	Relación con el paciente
Número de teléfono ()		

Autorización para Divulgación de Información Médica y Asignación de Beneficios

Por la presente, autorizo la divulgación de información médica o cualquier otra información necesaria a mi(s) compañía(s) de seguros, o agente de la misma, para satisfacer el procesamiento de reclamos. También autorizo el pago de beneficios médicos a Hurtt Family Health Clinic por los servicios prestados. Soy financieramente responsable por el pago de servicios no cubiertos por mi seguro.

He recibido, leído y aceptado los términos y condiciones adjuntos del Paquete de Registro y reconozco que he llenado la información incluida en la mejor forma de mis capacidades.

El paquete de registro incluye los siguientes documentos:

Autorización para el tratamiento
Aviso de privacidad de la HIPAA

Carta de Derechos del Paciente
Responsabilidades del paciente

Directiva anticipada
Consentimientos adicionales

Firma:	Relación con el paciente	Fecha:
---------------	---------------------------------	---------------

Programa de Descuento de Tarifas

Somos una clínica sin fines de lucro que proporciona servicios de salud de bajo costo en función de una escala de tarifas variable. Los costos de las consultas de los pacientes se determinan mediante una escala de tarifas variables que se calcula en función de los ingresos y el número de personas del hogar. Este consultorio atiende a todos los pacientes, independientemente de que no se encuentren en capacidad de pagar. Esta información es confidencial.

Marque esta casilla y firme esta solicitud si no desea ser evaluado para determinar si califica para según la escala de cargos progresiva para el Programa de Descuento de Tarifas, y está eligiendo voluntariamente rechazar el programa.

Al marcar esta casilla, usted entiende que en caso de que un servicio no esté cubierto por su seguro, usted será responsable de pagar la tarifa completa asociada con su consulta.

☐ Rechazo el Programa de Descuento de Tarifas y acepto la declaración anterior.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Empleador:		Ocupación:	

Número total de dependientes en el Hogar: _____

El total de dependientes incluye a los miembros de la familia inmediata que viven en el hogar (es decir, madre/padre/hijos) y cualquier persona que vive en el hogar y contribuye mutuamente a los gastos del hogar.

Ingreso Bruto Total: \$ _____ ☐ Semanal (52) ☐ Bi-Mensual (24) ☐ Mensual (12) ☐ Anual (1)

Incluya los ingresos de todos los dependientes en el hogar y los ingresos de todas las fuentes, incluidos los salarios brutos, las propinas, la seguridad social, la discapacidad, las pensiones, las anualidades, los pagos de veteranos, los negocios netos o el trabajo por cuenta propia, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, las fuerzas armadas, el desempleo, la ayuda pública, y otra.

Si no hay ingresos:

☐ Mi familia no tiene salarios ni ingresos. No estoy trabajando (recibiendo sueldo o salario por trabajo), o recibiendo beneficios de desempleo o incapacidad. Mi ingreso es \$0.

Esta aplicación requiere que el paciente reporte los ingresos de su hogar. Para completar su solicitud, proporcione a su representante de Servicio al Paciente una copia de los siguientes documentos de cada categoría:

Identificación emitida por el gobierno:

- Licencia de conducir o tarjeta de identidad de CA
- Tarjeta de identificación consular (CID)
- Pasaporte

Comprobante de ingresos:

- Talones de pago
- Declaración del impuesto sobre la renta federal/estatal
- Comprobante de sueldos recibidos y retención de impuestos (W-2)
- Ingreso en el extranjero
- Documentación de ingresos para trabajadores independientes (profesionales, por ejemplo)
- Estado de cuenta bancarios
- Declaración de dificultad financiera permanente
- Declaración patronal (firmada por el empleador)

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Es posible que se requieran copias de verificación de ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Permiso para divulgar información

Tal como lo estipula la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act), usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones relativas a su información personal de salud se realicen mediante canales confidenciales. Si solicita recibir comunicaciones confidenciales sobre su información personal de salud a través de medios alternativos, debe proporcionar una dirección alternativa u otro medio para contactarlo. Debe proporcionar algún medio de contacto.

Hurt Family Health Clinic le preguntará el motivo de su solicitud, y haremos lo posible para adaptarnos a todas las solicitudes razonables.

Hurt Family Health Clinic también utiliza entidades externas para divulgar cierta información personal de salud, como en la coordinación de historias clínicas por parte de terceros, los intercambios de información de salud (health information exchanges, HIE) con hospitales y proveedores médicos locales y el portal para pacientes.

Esta solicitud prevalece sobre cualquier otra solicitud previa para la comunicación de información enviada antes de la fecha que se indica a continuación.

Autorización ampliada

Por favor liste las personas que desee que tengan acceso a su información de facturación, consultas o salud como su cónyuge, cuidador u otro miembro de la familia. Esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales.

Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ()
Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ()
Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ()

Si no desea agregar ninguna autorización extendida, marque la casilla a continuación:

- ☐ Yo (el paciente) no autorizo a divulgar información a nadie (esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales).

Restricciones a los métodos de comunicación

Nuestros métodos de comunicación con usted pueden ser a través de correo, correo electrónico seguro y teléfono, incluyendo dejar mensajes en su contestador automático / correo de voz. Indique a continuación las formas en que NO desea recibir comunicaciones:

☐ No deseo recibir llamadas en estos números de teléfono:		☐ No deseo recibir mensajes ni correos de voz en estos números de teléfono:	
☐ No deseo recibir correos en las siguientes direcciones:			
☐ Intercambio de información médica (HIE)	☐ Coordinación de historias clínicas por parte de terceros	☐ Portal para pacientes	☐ Otro (especifique):

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)

Intercambio de información médica (HIE)**AUTORIZACIÓN PARA QUE EL AGENTE CONSENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR**

Autorizo _____ a dar su consentimiento para una radiografía,
(nombre completo de un adulto al que se le ha confiado el cuidado de un menor)

examen, inmunizaciones, anestesia, todos servicios médicos, dentales y de salud mental, o diagnóstico o tratamiento quirúrgico y cuidados de hospital a _____ siendo aconsejado por un médico y
(nombre completo del menor)
cirujano con licencia y proporcionado por ese médico o bajo la supervisión de ese médico, sin afecto de donde se proporciona el tratamiento.

Esta autorización se realiza bajo el Código Familiar §6910.

Esta autorización reemplaza cualquier solicitud previa de autorización para tratar a un menor presentado antes de la fecha a continuación. Permanece vigente hasta que se revoque por escrito.

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)