

**Formulario de actualización anual**

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

**This area for office use only:**

- Initial  Annual Review  
 Update/Reason for Update:  Income  Marital Status  Address  Family Size  Work Status  Insurance Coverage

<b>Nombre del Paciente:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Patient is eligible for Column of Sliding Fee Scale Table which means he/she is responsible for_of clinic charges.</b>
<b>Verificado con (escoja una de las opciones):</b> <input type="checkbox"/> Licencia de Manejar <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Lugar de Nacimiento:</b> (ciudad, estado y pais)	
<b>Nombre del Padre/Madre o Guardian:</b>		<b>Relacion con el paciente:</b>	
<b>Domicilio:</b> (Verificado por: <input type="checkbox"/> Licencia de Manejar del Estado <input type="checkbox"/> Factura de Servicios <input type="checkbox"/> Acuerdo de Renta/Alquiler)			
<b>Numero de Telefono de Casa:</b>		<b>Numero de Telefono de Celular:</b>	
<b>Numero de personas viviendo en el hogar? ?</b> (Solo incluya a los miembros de familia los cuales son responsables el uno por el otro, tal como esposos, hijos dependientes y los padres de los hijos dependientes)			
<b>NOMBRE:</b>	<b>EDAD:</b>	<b># DE SEGURO SOCIAL:</b>	
<b>NOMBRE:</b>	<b>EDAD:</b>	<b># DE SEGURO SOCIAL:</b>	
<b>NOMBRE:</b>	<b>EDAD:</b>	<b># DE SEGURO SOCIAL:</b>	
<b>NOMBRE:</b>	<b>EDAD:</b>	<b># DE SEGURO SOCIAL:</b>	
<b>Ingreso Bruto del Paciente:</b>	<b>Ingreso Bruto del Esposo/a:</b>	<b>Ingreso Bruto Total del Hogar:</b>	
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
<b>Fuente de Ingresos:</b> <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Empleado Independiente <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario del Seguro <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Carta de familiar o amigo que apoya financieramente al paciente <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>Que comprobante uso para verificar los ingresos?</b> <input type="checkbox"/> Talon de Cheque <input type="checkbox"/> Taxes <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No tengo forma de presentar Comprobante de mis Ingresos y certifico que este es el INGRESO DE MI HOGAR, de acuerdo a mi conocimiento: _____			
<p><b>Al firmar abajo, reconozco que el Programa de Descuento no es una aseguranza medica sino mas bien un programa interno para nuestros pacientes que no tienen aseguranza y que no son elegibles para aseguranza medica publica.</b></p> <p><b>Referente a los descuentos por servicios, estoy al tanto de lo siguiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los descuentos para servicios y recetas medicas estan basados en <u>el ingreso del hogar</u>. Los documentos correspondientes deben ser presentados antes de que podamos dar consideracion a su aplicacion.</li> <li>2. Los descuentos seran aplicados por servicios prestados de acuerdo a cuando fue <u>recibida</u> la aplicacion; siempre y cuando los documentos correspondientes sean presentados en 30 dias de la fecha de la aplicacion.</li> <li>3. Entiendo que para continuar en este programa tengo que aplicar anualmente.</li> </ol> <p>Estoy de acuerdo en que toda la informacion anotada arriba es verdadera segun mi conocimiento. Entiendo que el dar informacion falsa o el no proveer cualquier documento requerido durante 30 dias del dia de mi visita medica a la clinica hara que mi aplicacion sea rechazada.</p>			
<b>Firma del Paciente/Padre o Guardian:</b>		<b>Relacion con el Paciente:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Recibida por Personal del la clinica:</b>			<b>Fecha:</b>

### 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.

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

Hurtt 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 ( )

#### 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: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Intercambio de información médica (HIE)	<input type="checkbox"/> Coordinación de historias clínicas por parte de terceros	<input type="checkbox"/> Portal para pacientes	<input type="checkbox"/> 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)