

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	Código postal
------------------	--------------------	---------------	---------------	----------------------

Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> 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 *En caso afirmativo, seleccione una clase de trabajo:* Trabajadores agrícolas migratorios Trabajadores agrícolas estacionales

¿Esta usted sin hogar en este año? (Enero – Diciembre): Sí No *En caso afirmativo, por favor seleccione una de las siguientes (correspondiente a este año):*

<input type="checkbox"/> Residencia permanente (no tiene límites de tiempo, renta)	<input type="checkbox"/> Transitoria (centro, comunidad, hogar)	<input type="checkbox"/> Vivienda compartida (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo)
<input type="checkbox"/> Albergue (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares)	<input type="checkbox"/> Calle (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado)	<input type="checkbox"/> Otra (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)

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:
--------	--------------------------	--------

Información del programa del centro de salud para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente

¡La Hurtt Family Health Clinic se preocupa por la salud de su familia! Como su centro médico, trabajamos duro para brindarle servicios de atención médica de alta calidad, con bajo costo o sin costo para usted y su familia, según su capacidad de pago. También nos asociamos con nuestras familias para evaluar e inscribir a nuestros pacientes en muchos programas de salud ofrecidos por el gobierno local, estatal y federal para brindarle las mejores opciones para cubrir el costo de su atención médica. *Tenga en cuenta que cada uno de estos programas requiere ciertos documentos e información, y apreciamos su cooperación al darnos esta información.*

El **programa de escala de tarifas variable** se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. Este programa está determinado por las guías federales de pobreza anuales. Los pacientes recibirán un descuento porcentual según la escala de tarifas variable.

Para solicitar cualquier programa de salud disponible, se requiere la siguiente documentación:**Verificación de Ingresos: (Solamente uno (1) de los siguientes)**

- Talón de cheque de pago actual
- Declaración de impuestos
- Carta del empleador, familiar o amigo que ayuda con los gastos.

Identificación: (Solamente uno (1) de los siguientes)

- Licencia de Conducir (Actual)
- Tarjeta de identificación con foto emitida por el gobierno
- Tarjeta de identificación escolar con fotografía
- Tarjeta de identificación con fotografía para cambio de cheques

Prueba de domicilio: (Solamente uno (1) de los siguientes)

- Factura de servicios públicos con su nombre y dirección
- Licencia de conducir (actual)
- Recibo o acuerdo de alquiler o arrendamiento
- Cualquier correo (no spam) a un paciente adulto o a un niño (menor de 18 años), padre o tutor en los últimos 60 días.

Como paciente de HFHC, usted será responsable de lo siguiente:

- Someter toda la información requerida para cualquier programa de salud al momento del servicio.
- Someter información actualizada anualmente
- Dar un pago en el momento del servicio

El personal de HFHC está disponible para ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener sobre este programa y las opciones de pago razonables que se adapten a sus necesidades. Si tiene preguntas, llame al centro de llamadas al (714) 247-0300. Ayúdenos a continuar brindando servicios de atención médica a todos los necesitados, pagando lo que pueda y recuerde que **nadie será rechazado por no poder pagar. Sabemos que usted tiene opciones cuando se trata de la atención médica de su familia y le agradecemos que haya elegido Hurtt Family Health Clinic para sus necesidades de atención médica.**

This area for office use only:

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

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Patient is eligible for Column of Sliding Fee Scale Table which means he/she is responsible for_of clinic charges.
Verificado con (escoja una de las opciones): <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 _____		Lugar de Nacimiento: (ciudad, estado y pais)	
Nombre del Padre/Madre o Guardian:		Relacion con el paciente:	
Domicilio: (Verificado por: <input type="checkbox"/> Licencia de Manejar del Estado <input type="checkbox"/> Factura de Servicios <input type="checkbox"/> Acuerdo de Renta/Alquiler)			
Numero de Telefono de Casa:		Numero de Telefono de Celular:	
¿Número de personas viviendo en el hogar? (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)			
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
Ingreso Bruto del Paciente:		Ingreso Bruto del Esposo/a:	Ingreso Bruto Total del Hogar:
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Fuente de Ingresos: <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 _____			
Que comprobante uso para verificar los ingresos? <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: _____			
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. Referente a los descuentos por servicios, estoy al tanto de lo siguiente:			
<ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 3. Entiendo que para continuar en este programa tengo que aplicar anualmente. 			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> Me niego a participar en el programa de escala de tarifas variables.			
Firma del Paciente/Padre o Guardian:		Relacion con el Paciente:	Fecha:
Recibida por Personal del la clinica:			Fecha:

Aviso de Prácticas de Privacidad Formulario de consentimiento

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted confirma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento con su firma.

Los términos de la notificación pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir la forma en que se usa y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- El estudio se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no está obligado a aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas? Sí No

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático de su casa o en su teléfono móvil? Sí No

¿Podemos hablar sobre su condición médica con cualquier miembro de su familia? Sí No

En caso afirmativo, enumere a las personas que le gustaría que tuvieran acceso a su facturación, cita o información de 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	Número de teléfono ()
Apellido	Nombre	Relación	Número de teléfono ()
Apellido	Nombre	Relación	Número de teléfono ()

_____ 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 CONSIENTE 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)