

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)	Seguro Social	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal		
Tiene seguro médico el paciente? Médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si el paciente tiene menos de 18 años: Nombre de la Madre _____ Nombre del Padre _____				
INFORMACIÓN DE CONTACTO						
Número de Teléfono Primario		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de Teléfono Secundario		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Promesa le puede contactar para recordarle sus citas/o información clínica utilizando los siguientes métodos (marque todo el que aplique): <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto (Cargos de dato/mensajería pueden aplicar) <input type="checkbox"/> Email: Compañía de celular: <input type="checkbox"/> Verizon <input type="checkbox"/> Wireless/T-Mobile <input type="checkbox"/> US Cellular <input type="checkbox"/> AT&T Otro: _____						
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE						
Idioma Principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Le gustaría un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza (Marque todo el que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Indígena de Centroamérica <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro: _____		Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino		
Identidad de Género: Te refieres a ti mismo como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre/Transgenero/Hombre-Trans <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer/Transgenero/Mujer-Trans <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		Orientación Sexual: Piensas hacia ti mismo como: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro	Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No estudiante	Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Sin empleo
Empleador		Código Postal	Estatus Militar?		Trabajador Agricultura Migratorio/Estacional?	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cuidado Dental: ¿Usted a visto un dentista en el último año? <input type="checkbox"/> Sí, Nombre: _____ <input type="checkbox"/> No Atención Médica: ¿Tiene un médico de cabecera que vea regularmente? <input type="checkbox"/> Sí, Nombre: _____ <input type="checkbox"/> No						
Le gustaría aprender más sobre nuestro programa de la Escala de Descuento y la posibilidad de obtener un descuento en su estado de cuenta? <input type="checkbox"/> Sí, Me Interesa						
Ingreso Bruto del Hogar (Antes de Impuestos): \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar mis ingresos. # de adultos y niños en hogar: _____ <i>Los servicios no cubiertos por su seguro a terceros pueden ser elegibles para el descuento dependiendo de su nivel de ingresos. Si usted no desea divulgar sus ingresos, usted será responsable por cualquier saldo no pagado por el seguro a terceros.</i>						
PERSONA RESPONSABLE (Persona que pagara la cuenta, Marque aquí si es el paciente <input type="checkbox"/>)						
Apellido		Nombre		Segundo Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Seguro Social	
					Teléfono	
					Celular	
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA						
Asignación de Beneficios del Seguro, Entrega de Información y Autorización de Tratamiento. Yo, el abajo firmante, autorizo mis beneficios del seguro se pague directamente al proveedor del Centro de Salud Comunitario Promesa para los servicios de procesamiento. Yo entiendo que soy financieramente responsable en última instancia de cualquier saldo adeudado por los cargos aprobados y cubiertos no pagados por el seguro. Por la presente autorizo a Clínica Promesa de liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios del seguro. Yo autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de reclamos de seguros. Entiendo que el pago se espera en el momento en que se provee el servicio. Una copia de esta es tan válida como el original.						
Firma del Paciente/Guardian: _____				Fecha: _____		
Relación con el paciente: _____						



Promise Community Health Center
Formulario de autorización de HIPAA

El Centro de Salud Comunitario Promesa (PCHC) ha tomado medidas para proteger toda la información médica privada de nuestros pacientes. PCHC no divulgará información a cualquier persona a menos que haya proporcionado la información solicitada a continuación. Los nombrados abajo serían otras personas aparte de los que están cubiertos bajo nuestra noticia de prácticas de privacidad.

Su información de salud protegida será utilizada por PCHC a o revelada a otros con el propósito de tratamiento, obtener el pago, o apoyo a las operaciones diarias de la atención de salud de práctica. Debe revisar el aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo su información de salud protegida puede ser usada o divulgada. Usted puede revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. También puede solicitar una copia del aviso de prácticas de privacidad para sus propios registros. Vea la recepcionista para recibir una copia.

Usted puede solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información de salud protegida. PCHC puede o no estar de acuerdo a restringir el uso o divulgación de su información de salud protegida. Si PCHC está de acuerdo a su solicitud, se aplicará la restricción a la práctica. Uso o divulgación de información en violación de un acuerdo de protección a la restricción será una violación de las normas federales de privacidad.

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y la divulgación de su información de salud protegida. Usted debe revocar el consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya ha ocurrido antes de la fecha en que reciba la revocación del consentimiento no se verán afectados. Por favor consulte a la recepcionista con preguntas antes de firmar este formulario de autorización.

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo [paciente/guardian] estoy autorizando a la(s) persona o personas enumeradas a continuación para obtener información médica sobre el paciente. Entiendo que PCHC no es responsable por la información proporcionada cuando es recibida por la persona que he enumerado a continuación.

Nota:

Si el paciente es un niño de menos de 18 años de edad, los padres no necesitan ser listados

Si el paciente desea que su cónyuge o pareja tenga acceso, el cónyuge/pareja necesita ser listado abajo

Nombre	Relación	Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Teléfono	Fecha de nacimiento

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

He revisado este formulario de consentimiento y doy mi permiso al PCHC usar y divulgar mi información de salud en conformidad de las normas federales de privacidad.

Entiendo que, en virtud de las leyes HIPAA, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida. Entiendo que esta información puede y será usado para: Tratamiento, pago, y servicios sanitarios. He recibido, leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que el Centro de Salud Comunitario Promesa tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactarme con ellos en cualquier momento para recibir una copia actual.

Consentimiento para servicios de planificación familiar: Yo entiendo que PCHC provee servicios de planificación familiar de manera voluntaria y confidencial (con limitaciones) lo cual no son necesarias para obtener otros servicios en la clínica.

Firma del paciente/guardian: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____