Health First Community Health Center

ADMISIÓN DE PACIENTES REV 10/25

Por favor, proporciónenos su seguro y un documento de ***Identificación con foto***

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NACIMIENTO	SEXO ☐ MASCULINO ☐ HEMBRA	APODO

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN/CORREO DEL PACIENTE			DIRECCIÓN FÍSICA DEL PACIENTE (si es diferente de la dirección de facturación/postal)		
CALLE O APARTADO DE CORREOS			DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

TELÉFO RESIDENCIAL #	TELÉFONO CELULAR #	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Método preferido para las notificaciones (marque todas las que correspondan) ☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Grabaciones automatizadas

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA DEL PACIENTE

NOMBRE	DIRECCIÓN	RELACIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PACIENTE – A los efectos de la financiación de la subvención

RAZA
- ☐ INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA
- ☐ ASIÁTICO
- ☐ NEGRO/AFROAMERICANO
- ☐ NATIVO HAWAIANO
- ☐ OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO
- ☐ BLANCO
- ☐ MÁS DE UNA CARRERA

ERES DE:
- ☐ HISPÁNO
- ☐ LATINO
- ☐ MEXICANO
- ☐ CHICANO
- ☐ PUERTORRIQUEÑO
- ☐ CUBANO
- ☐ OTROS

TRABAJADOR AGRÍCOLA (si corresponde)
☐ MIGRANTE ☐ ESTACIONAL

ES USTED UN VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS?
☐ SÍ
☐ NO

LENGUA MATERNA
☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL
☐ OTRO _____

NECESITA SERVICIOS DE INTÉRPRETE?
☐ SÍ ☐ NO

ESTADO CIVIL
- ☐ SOLTERO
- ☐ CASADO
- ☐ DIVORCIADO
- ☐ VIUDA
- ☐ SEPARADOS LEGALMENTE
- ☐ COMPAÑERO DE VIDA
- ☐ OTRO _____

TAMAÑO DEL HOGAR
☐ 1 ☐ 6
☐ 2 ☐ 7
☐ 3 ☐ 8
☐ 4 ☐ 9
☐ 5 ☐ 10

☐ **OTROS**

INGRESOS ESTIMADOS DEL HOGAR
$_____
- ☐ SEMANAL
- ☐ QUINCENAL
- ☐ MENSUAL
- ☐ ANUALMENTE

ESTADO DE LA VIVIENDA
- ☐ RESIDENTE ACTUAL DE VIVIENDA PÚBLICA
- ☐ SIN HOGAR _____Duplicación ___Refugio ____Transicional ___Desconocido/Otro _____
- ☐ **NO SER** INDIGENTE Y NO SER RESIDENTE ACTUAL DE UNA VIVIENDA PÚBLICA

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si es diferente a la del paciente)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		APELLIDO ANTERIOR	APODO
SSN	NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN/CORREO DE LA PARTE RESPONSABLE (si es diferente al paciente)

CALLE O APARTADO DE CORREOS			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA

Por favor, proporciónenos su seguro y un documento de ***Identificación con foto***

EMPLEADOR DEL PACIENTE

NOMBRE DEL EMPLEADOR	
TIPO DE NEGOCIO	OCUPACIÓN
SITUACIÓN LABORAL ☐ A TIEMPO ☐ COMPLETO ☐ RETIRADO ☐ DESHABILITADO	

SEGURO PRIMARIO

TIPO DE COBERTURA PRIMARIA ☐ MEDICAID ☐ MEDICARE ☐ SEGUROS PRIVADOS ☐ NINGUNO ☐ OTRO _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR	FECHA DE CADUCIDAD

SEGURO SECUNDARIO (si aplica)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR	FECHA DE CADUCIDAD

FARMACIA PREFERIDA

NOMBRE DE LA FARMACIA	UBICACIÓN DE LA FARMACIA

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso de la tecnología de grabación ambiental Sunoh AI, que capturará y analizará el audio durante mi interacción para mejorar la calidad del servicio, garantizar una documentación precisa y optimizar la atención. También entiendo que todas las grabaciones se eliminarán después de 7 días de la fecha de mi visita.Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos de tratamiento, pago u operaciones de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y 42 CFR Parte 2, que aborda la confidencialidad de los registros de pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias (SUD). I authorize payment of medical benefits to Health First Community Health Center, the provider, or suppliers for services rendered. I hereby authorize the provider and any assistants they designate to administer treatments and procedures deemed necessary in their professional judgment. Como parte de los procedimientos médicos, entiendo que puedo ser examinado para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis u otras enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre si mi proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.Acepto ser responsable de todos los cargos incurridos, independientemente de mi cobertura de seguro, y entiendo que se espera el pago al momento del servicio. Health First facturará a mi seguro como cortesía. Reconozco mi responsabilidad por cualquier cargo no cubierto por mi seguro, incluyendo copagos, deducibles y servicios no cubiertos. Autorizo a Health First a comunicarse conmigo por teléfono para fines relacionados con mi tratamiento, recordatorios de citas y consultas de facturación.

Consentimiento del paciente o tutor

Firma del paciente o padre/tutor_____**Fecha**_____

Firma del responsable_____**Fecha** _____

Testigo_____

DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

En el caso de que el proveedor me remita a un especialista (un proveedor fuera del Centro de Salud Comunitario Health First (HFCHC)), por la presente autorizo a HFCHC a divulgar mis registros médicos según sea necesario al proveedor especializado indicado con el fin de continuar la atención.

Entiendo que esta divulgación no se aplica a mis registros de salud conductual, estado de VIH/SIDA ni información sobre trastornos por consumo de sustancias (drogas, alcohol), si existe. Si existe la necesidad de la divulgación de registros de salud conductual, etc., se me notificará de la necesidad de firmar un formulario de divulgación de información por separado.

Entiendo que si me remiten a un especialista, HFCHC hará la derivación a la entidad calificada de la elección del paciente. Si la entidad preferida del paciente rechaza la derivación, no puede ver al paciente de manera oportuna o no está disponible, el equipo de derivación de HFCHC buscará especialistas similares para brindar atención al paciente.

Entiendo que este comunicado permanecerá en vigor a menos que lo revoque por escrito a HFCHC.

Firma del paciente o padre/tutor_____**Fecha**_____

Co-Firma (si es necesario) _____**Fecha**_____

Health First
Community Health Center

DMISIÓN DE PACIENTES REV 10/25

Por favor, proporciónenos su seguro y un documento De ***Identificación con foto***

AGRADECIMIENTOS (POR FAVOR LEA, MARQUE LAS CASILLAS Y FIRME/FECHA A CONTINUACIÓN)

1. **Cancelación de citas. Acepto programar citas para mi tratamiento. Acepto que llamaré y cancelaré mi cita al menos 24 horas antes de la hora de la cita, si la cancelación es necesaria.**
2. **No Call / No Show. Entiendo que faltar a 3 citas en un puesto puede hacer que esté sujeto a visitas sin cita previa**
3. **Transporte. Entiendo que si tengo algún problema para llegar a una cita o a mí o a mi hijo, puedo informar a Health First y es posible que puedan ayudarme con el transporte.**
4. **Aviso de Prácticas de Privacidad. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.**
5. **Derechos y responsabilidades del paciente. He recibido una copia de mis Derechos y Responsabilidades del Paciente.**
6. **Responsabilidad de pago. Por y en consideración a los servicios prestados, o por prestar, al paciente nombrado, por la presente me comprometo a pagar a HFCHC el monto total de todos los cargos incurridos. Entiendo/entendemos que HFCHC presentará un seguro comercial como cortesía y permitirá 30 días para que el seguro resuelva los cargos pendientes. Después de los 30 días, los cargos restantes vencerán y serán pagaderos por la(s) persona(s) financieramente responsable(s).**
7. **Los copagos, el coseguro y las tarifas de escala móvil se deben pagar en el momento del servicio.**

Firma del paciente o padre/tutor:_____Fecha:_____

Co-Firma (si es necesario)_____Fecha:_____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA ePRESCRIBE

La prescripción electrónica es una forma en que los médicos envían electrónicamente una receta precisa, sin errores y comprensible desde el consultorio del médico a la farmacia. El programa ePrescribe también incluye:

- **Formulario y transacciones de beneficios**: le brinda al proveedor de atención médica información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
- **Transacciones del historial de medicamentos:** proporciona al proveedor de atención médica información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite que los proveedores de atención médica estén mejor informados sobre posibles problemas con los medicamentos y utilicen esa información para mejorar la seguridad y la calidad. Los datos del historial de medicación pueden indicar el cumplimiento de los regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas; interacciones fármaco-fármaco y fármaco-alergia; reacciones adversas a medicamentos; y la terapia de duplicación.

La información del historial de medicamentos incluiría medicamentos recetados por su proveedor de atención médica en HFCHC, así como otros proveedores de atención médica involucrados en su atención y puede incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con afecciones de salud mental, enfermedades venéreas/enfermedades de transmisión sexual, aborto(s), violación/agresión sexual, trastorno por uso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH/SIDA. ***Como parte de este Formulario de consentimiento, usted da su consentimiento específico para la divulgación de esta y otra información médica confidencial.***

Consentimiento

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que su proveedor en HFCHC puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o pagadores de beneficios de farmacia externos para fines de tratamiento.

Usted puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad para obtener atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. Es posible que su decisión de dar o negar el consentimiento no sea la base para la denegación de servicios de salud. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.

Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que revoque su consentimiento. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no influirá en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado para que Health First me inscriba en este Programa de Recetas Electrónicas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Escriba el nombre del paciente paciente_____Fecha de nacimiento del paciente _____

Firma del paciente o tutor_____Fecha_____

Relación con el paciente_____ Fecha_____

HealthFirst
Community Health Center

Programa de Escala Móvil

Un programa de descuento **de escala móvil** está disponible para nuestros pacientes que pueden tener dificultades para pagar, independientemente del estado del seguro.

- ☐ **Sí**, estoy interesado en información sobre el programa de escala móvil.

- ☐ **No**, no estoy interesado en este momento en el programa de escala móvil.

Firma: _____

Fecha:_____

Una vez que el documento esté firmado, devuélvalo a la recepcionista.

Health First
Community Health Center

Autorización para la divulgación de información del paciente/consentimiento del menor para tratar
Clínica interna de Health First Solo para uso

INFORMACIÓN GENERAL PARA EL PACIENTE:(por favor imprima)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el menor: _____ Teléfono: _____
Dirección:_____

Por la presente autorizo _____a **las** siguientes personas a llevar a mi hijo menor de edad a las citas en Regional Health Care Affiliates, Inc. dba Health First Community Health Health Center en mi ausencia. Por la presente les doy permiso para que tengan capacidad de toma de decisiones en el futuro en mi ausencia.

NOMBRE TELÉFONO RELACIÓN CON EL PACIENTE

_____
_____
_____
_____

Por la presente autorizo a Regional Health Care Affiliates, Inc. dba Health First Community Health Center, a divulgar a la(s) persona(s) que se enumera a continuación cualquier información relacionada con mi atención, diagnósticos, horarios de citas, resultados de pruebas, procedimientos, información de salud conductual, estado de VIH/SIDA o pronóstico en cualquier momento.

NOMBRE TELÉFONO RELACIÓN CON EL PACIENTE

_____
_____
_____
_____

_____ _____
Firma del paciente o responsable Fecha

_____ _____
Fecha del testigo

Nota: Esta información e instrucciones permanecerán vigentes hasta que el paciente o la parte responsable revoque el documento.