

Por favor, proporciónenos su seguro y un documento de identidad válido

INFORMACION DEL PACIENTE					
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NACIMIENTO	SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> HEMBRA		APODO	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN/CORREO DEL PACIENTE			DIRECCIÓN FÍSICA DEL PACIENTE <small>(si es diferente de la dirección de facturación/postal)</small>		
CALLE O APARTADO DE CORREOS			DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CREMALLERA	CIUDAD	ESTADO	CREMALLERA
INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE					
TELÉFONO RESIDENCIAL #	TELÉFONO CELULAR #		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
Método preferido para las notificaciones (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Grabaciones automatizadas					
INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA DEL PACIENTE					
NOMBRE	DIRECCIÓN		RELACIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO	
INFORMACION ADICIONAL DEL PACIENTE – A los efectos de la financiación de la subvención					
RAZA <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO <input type="checkbox"/> OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA CARRERA	ERES DE: <input type="checkbox"/> HISPÁNICO <input type="checkbox"/> LATINO <input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> OTROS		LENGUA MATERNA <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____		
	TRABAJADOR AGRÍCOLA (si corresponde) <input type="checkbox"/> MIGRANTE <input type="checkbox"/> ESTACIONAL		NECESITA SERVICIOS DE INTERPRETE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
	ES USTED UN VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> SEPARADOS LEGALMENTE <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DE VIDA <input type="checkbox"/> OTRO _____	TAMAÑO DEL HOGAR <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> OTROS _____	INGRESOS ESTIMADOS DEL HOGAR \$ _____ <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUALMENTE	IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (De mujer a hombre/FTM) <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (De hombre a mujer/MTF) <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> OPTAR POR NO DIVULGAR	ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> RECTO o HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIANA, GAY u HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> ALGO MÁS <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> CHOOSE NO REVELAR	
ESTADO DE LA VIVIENDA					
<input type="checkbox"/> RESIDENTE ACTUAL DE VIVIENDA PÚBLICA <input type="checkbox"/> SIN HOGAR ____ Duplicación ____ Refugio ____ Transicional ____ Desconocido/Otro ____ <input type="checkbox"/> 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	SEXO	RELACIÓN CON EL PACIENTE		
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN/CORREO DE LA PARTE RESPONSABLE (si es diferente al paciente)					
CALLE O APARTADO DE CORREOS					
CIUDAD	ESTADO	CREMALLERA	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA		

Por favor, proporciónenos su seguro y un documento de identidad válido

EMPLEADOR DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL EMPLEADOR	
TIPO DE NEGOCIO	OCUPACIÓN
SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> A TIEMPO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/> DESHABILITADO	

SEGURO PRIMARIO			
TIPO DE COBERTURA PRIMARIA <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> SEGUROS PRIVADOS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> 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 contenida en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo de tratamiento, pago u operaciones. Autorizo el pago de beneficios médicos al Centro de Salud Comunitario Health First (HFCHC), proveedor o proveedores de servicios. Por la presente autorizo al proveedor y a cualquier otra persona que designe como su(s) asistente(s), a administrar aquellos tratamientos y procedimientos que, en su opinión, se consideren necesarios. Por la presente acepto, independientemente de la cobertura del seguro, que soy responsable de todos los cargos incurridos. Se espera que el pago se realice en el momento del servicio. HFCHC facturará a mi seguro como cortesía. Autorizo a HFCHC a que se comunique conmigo por teléfono. Si firmo como padre o tutor, por la presente declaro y garantizo que estoy legalmente facultado y con derecho a tomar tales decisiones. Si soy el único que tiene capacidad de decisión para obtener tratamiento para mi hijo. Si lo solicita, proporcionaré la documentación judicial apropiada a HFCHC antes del tratamiento.

Firma del paciente o padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del responsable _____ Fecha _____

Testigo

DIVULGACION 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 _____

Por favor, proporciónenos su seguro y un documento de identidad válido

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 _____

Firma del paciente o tuto _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____



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.