



Fecha de hoy:

Proveedor de atención primaria (PCP):

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE					
Apellido del paciente:	Primero:	Medio:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado Viuda <input type="checkbox"/> separada <input type="checkbox"/>		
Es este tu nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿cuál es su nombre legal?	(Nombre anterior):	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro
Nombre del padre/tutor:		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual <input type="checkbox"/> Se negó a denunciar <input type="checkbox"/> Otros bisexuales <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Desconocido			
Dirección:		Apartado de correos:	Ciudad:		
Número de Seguro Social:	Número de teléfono:	Número de teléfono alternativo:	Estado:	Código postal:	
Correo electrónico:			Preferencia de contacto: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> alternativo <input type="checkbox"/> durante el día <input type="checkbox"/> sin contacto		
Ocupación:	Empleador:		Número de teléfono del empleador:		
Idioma(s) hablado(s):		Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Raza:		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No Declarada			
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispánica <input type="checkbox"/> Desconocido		Necesitas un traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: _____			
Vives en viviendas públicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, es un rascacielos, un edificio bajo, una sección 8 u otro? (círculo uno)			
Número de familiares inmediatos en el hogar: _____ Ingreso mensual del hogar \$ _____		Cuidador principal: Número de teléfono:			
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
(Por favor, entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista.)					
Información del suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Número de teléfono durante el día:	
Es esta persona un paciente aquí?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SSN #			
Relación del paciente con el suscriptor:	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro				
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre del amigo o pariente local:	Relación con el paciente:	Número de teléfono durante el día:	Número de teléfono alternativo:		
Autorizado para divulgar información <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Tiene directiva anticipada o testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Community Health Service Agency, Inc. o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.					
<b>Firma del paciente/tutor</b>			<b>Fecha</b>		



## Amistad Community Health Center Paciente Reconocimiento

Imprime Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad** Reconozco que he recibido una copia de la Amistad Community Health Center Aviso de Prácticas de Privacidad, que entró en vigor en septiembre 23, 2013. Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Reconocimiento de Revisión a los Derechos y Responsabilidades de Paciente**

Este aviso describe las responsabilidades a la Amistad Community Health Center. Yo estoy de acuerdo con todas las condiciones de tratamiento en la Amistad Community Health Center, como describió en los Derechos y Responsabilidades de Paciente. Si tengo preguntas en cuanto a los Derechos y Responsabilidades de Paciente, puedo preguntarle al personal del centro. Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para Tratamiento**

Por la presente, y voluntariamente doy consentimiento y autorizo a los proveedores para proveer cuidado de salud para mí en una de las ubicaciones y centro de servicio. Los servicios de cuidado de salud pueden incluir, sin limitación, físico de rutina y evaluación mental; análisis diagnósticos, análisis de monitoreo y procedimientos; exámenes y tratamiento médico o dental; análisis laboratorio de rutina; radiografías y otros estudios de imagen; administración de medicamento; procedimientos y tratamientos recetados por proveedores del centro de salud. Los servicios de cuidado de salud pueden incluir asesoramiento necesario para recibir servicio apropiado incluyendo planificación familiar (como definidos por leyes federales y regulaciones). Una persona que firma su consentimiento para rendimiento de exámenes médicos o procedimientos no es requerida a firmar o ser presentada con una forma específica relacionada a exámenes médicos o procedimientos para determinar infección de VIH, anticuerpos a VIH, o infección con cualquier otro causante probable de SIDA que será realizado en la persona durante el tiempo por el cual el consentimiento esta en efecto. Yo entiendo que me pedirán firmar un consentimiento separado para vacunas administradas a mí y que me pedirán firmar un consentimiento separado para la vacuna de la influenza (Flu). Yo entiendo que hay un consentimiento separado que me pedirán firmar para procedimientos realizados en la oficina. Yo entiendo que existen ciertos riesgos y peligros conectados con cualquier forma de tratamiento, y mi consentimiento se da sabiendo esto. Yo entiendo que este consentimiento es válido y sigue en efecto todo el tiempo que yo sea paciente del centro, hasta que yo retire mi consentimiento, o hasta que el centro cambie sus servicios y me pidan completar una forma de consentimiento nueva.

Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Policía de Co-pago**

Algunas aseguradoras médicas requieren que el paciente a pagar un co-pago por los servicios prestados. Es de esperar y se aprecia en el momento en que el servicio es prestado a los pacientes a pagar por CADA VISITA. En caso de que la prueba de ingreso, puede calificar para usar nuestras tarifas para servicios que no están cubiertos por su seguro o por los cargos que se aplican a su deducible. Esto no se aplica a los cargos que requieren un copago o co-pago del seguro. Gracias por su cooperación en este asunto.

Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Cancelación / Policía de No Show**

Entendemos que hay momentos en los que puede perder un cita, debido a las situaciones de emergencia o de las obligaciones en el trabajo o la familia. Sin embargo, le instamos a que de aviso 24 horas antes para cancelar su cita. Si usted no se presenta de tres (3) citas consecutivas en un año, usted puede ser despedido de la de clínica. La clínica le notificará por escrito, por correo certificado, si usted es despedido de la atención. Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Auto-Pay**

Yo no tengo seguro de salud y seré responsable de los servicios que se prestan a La Amistad Community Health Center estoy de acuerdo con pagar la plena y total para el tratamiento dado a mí o a la paciente en la fecha se prestan sus servicios. Tengo entendido también que voy a ser considerado como un "sueldo completo" paciente en caso de que la prueba de ingresos no es presentada en mi segunda visita.

Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para el tratamiento y la autorización para obtener información**

Por la presente autorizo a La Amistad Community Health Center, a través de su personal apropiado, para realizar o haber realizado sobre mí, o los mencionados paciente, una adecuada evaluación y procedimiento de tratamiento de para administrar medicamentos, servicios preventivos, los procedimientos médicos y dentales, pruebas de diagnóstico y terapias son razonables y habituales en la prestación de los servicios primarios de salud y cuidado dental y para tratar cualquier condición que se diagnostica y me explicó. Yo autorizo cualquier La Amistad Community Health Center personal o de un proveedor de información de salud en un mensaje de correo de voz y/o un contestador automático en el siguiente número de teléfono que aparece en la siguiente página.



## Centro de Salud Comunitario Amistad, Reconocimiento al Paciente

Imprimir nombre del paciente

Fecha de nacimiento

### **Terminación**

Podemos decidir dejar de tratarlo como paciente. Si dejamos de tratarlo como paciente, tiene derecho a un aviso anticipado que explique el motivo de la decisión, y se le dará 30 días para intentar encontrar otros servicios de salud. Después del aviso de terminación, solo brindaremos atención de urgencia por un período de 30 días mientras encuentre un nuevo proveedor. Podemos decidir dejar de tratarlo inmediatamente y sin previo aviso, si hemos determinado que ha creado una amenaza para la seguridad del personal y / u otros clientes. También tiene derecho a recibir una copia de nuestra política de terminación. Otras razones por las cuales podemos dejar de verlo incluyen: no obedecer nuestras reglas, no cumplir con las citas programadas tres (3) veces, no informar intencionalmente información precisa sobre su salud, incumplimiento intencional del programa de atención médica, como instrucciones sobre tomar medicamentos, prácticas personales de salud o citas de seguimiento, según lo recomendado por su médico, crear una amenaza a la seguridad del personal y/u otros clientes, y/o abuso verbal o físico ruidoso o acoso al personal del Centro, y no informar con precisión su estado financiero. Si le hemos notificado la terminación, entonces tiene derecho a apelar la decisión ante la Junta Directiva.

He recibido una copia de este documento en forma de folleto. Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Fuera de horario**

Horario de atención: Lunes- Jueves: 8 a.m. – 9 p.m.

Viernes: 8 a.m. – 5 p.m.

Sábado: 9 a.m. – 2 p.m.

Si se comunica fuera del horario de atención, llame al 361-884-2242 opción 7

Reconozco y entiendo el procedimiento de Amistad después de hora. Iniciales: \_\_\_\_\_

### **Preguntas**

¿Es nuestra ubicación apropiada: Sí  o No ?

¿Es apropiada nuestra tarifa nominal: Sí  o No ?

¿Son apropiadas nuestras horas de operación: Sí  o No ?



**Community Health Service Agency, Inc. Paciente Reconocimiento, Hipaa Liberar de Información**

\_\_\_\_\_  
Imprime Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

También autorizo La Amistad Community Health Center, Para liberar a las agencias correspondientes, la información adquirida en el transcurso de mí o el anteriormente denominado examen del paciente y el tratamiento Iniciales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Relación:

Ok dejar mensaje  SI  NO  
Liberar información Medica?  SI  NO

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Relación:

Ok dejar mensaje  SI  NO  
Liberar información Medica?  SI  NO

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo entiendo la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que son respondidas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con todas las condiciones del tratamiento en Community Health Service Agency, Inc. como se ha descrito anteriormente. Si yo no soy el paciente, Yo certifico que estoy autorizado por la ley de acuerdo con estas condiciones de tratamiento en el paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Garante (Si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Imprime Nombre del Garante