

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido	Nombre	I	Fecha de Nacimiento (M/D/A)	SS #
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
¿Tiene Seguro médico? Médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si el paciente es menor de 18 años: Nombre de la Madre/Guardián _____ Nombre del Padre/Guardián _____ Fecha de Nac: ____/____/____ Fecha de Nac: ____/____/____		
INFORMACIÓN DE CONTACTO				
Teléfono Principal		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono Secundario	
			<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	
HFHC puede contactarme para recordatorios clínicos / citas por los siguientes métodos: (marque los que correspondan) <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto (pueden surgir tarifas aplicables por su compañía celular) <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: _____				
Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____				
Por favor, confirme si tiene Directrices Anticipadas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Documento legal que entra en vigor si usted está incapacitado o no puede valerse por sí mismo- permite que se respete su voluntad hasta el momento de su muerte)				
DEMOGRAPHICS DEL PACIENTE				
Idioma primario <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____		Carrera (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Centroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar
¿Quiere un intérprete? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Identidad de género: ¿Piensas en ti mismo como: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero: (□hombre a mujer □mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Otros, por favor especifique: <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar		Orientación Sexual: ¿Te consideras cómo? <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Compañero (a)	Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> No es un estudiante
Empleador	Código postal	¿Trabajador agrícola migratorio o por temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Veterano Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cómo se enteró del centro de salud? Circule el que aplique: Familiar Amigo Promoción Hospital Organización Local Feria de Salud Internet Otro: _____				
FARMACIA PREFERIDA: _____ (incluya la dirección) *Si no se completa HFHC añadirá a esta sección a nuestra farmacia interna.				
¿Desea obtener más información sobre nuestro programa de descuentos? <input type="checkbox"/> Sí, Estoy interesado (a)				
Ingreso Bruto (Antes de Impuestos): \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar mis ingresos. • Adultos y niños en el hogar: _____ <i>Servicios no cubiertos por su seguro pueden ser elegibles para un descuento dependiendo de su nivel de ingresos. Si no desea revelar sus ingresos, usted será responsable de cualquier saldo no pagado por el seguro.</i>				
Seguro Médico				
Seguro Médico Primario: _____		Seguro Médico Secundario: _____		
Número de suscriptor: _____		Número de suscriptor: _____		
Titular de la póliza: _____ Auto-Padres-Cónyuge		Titular de la póliza: _____		
Fecha de nacimiento del Titular: ____/____/____		Fecha de nacimiento del Titular: ____/____/____		
Firma del paciente/padre/tutor legal: _____				Fecha: _____



A todos los pacientes se le solicita que lean, inicialicen y cumplan con las políticas de Heart of Florida Health Center (HFHC) que se le proveen a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas, por favor pregunte por hablar con nuestro personal de recepción.

Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente

Entiendo que como paciente de **Heart of Florida Health Center**, toda la información recopilada se mantendrá confidencial bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) del 1996. Confirmando que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Iniciales de los pacientes aquí: _____

Expectativas de cita:

Por favor, llegue 30 minutos antes de su cita para registrarse. Todo pago debe realizarse al momento del servicio. Notifique al personal de cualquier cambio en su información para asegurar que tenemos la información más actualizada en su cuenta. Asegúrese de proporcionar una identificación adecuada, documentación requerida y tarjetas de seguro médico (si aplica) en el momento de la visita. Los menores deberán estar siempre acompañados por un adulto.

Iniciales de los pacientes aquí: _____

Confirmación de cita

Su cita debe ser confirmada 24 horas antes de la fecha programada. Haremos todo lo posible para reprogramar su cita dependiendo de la disponibilidad de su proveedor.

Iniciales de los pacientes aquí: _____

Llegada tardía

Los pacientes que **lleguen a** la recepción más de **15 minutos tarde** a su cita programada (**10 minutos para citas dentales**) no podrán ser atendidos. Haremos todo lo posible para reprogramar su cita dependiendo de la disponibilidad de su proveedor.

Iniciales de los pacientes aquí: _____

Cancelación/Política de no asistencia a su cita

Los pacientes que necesitan cancelar o reprogramar una cita pueden hacerlo llamando a **Heart of Florida Health Center** al 352-732-6599. La cancelación de la **cita requiere un aviso con 24 horas de antelación**. Si no cancela una cita, se creará una entrada de **"no-asistencia"** en su registro. Los pacientes que no cancelen sus cita a tiempo o no asistan **3 veces en un período de 12 meses o 5 veces para niños menores de 18 años**, pueden ser impedidos de programar citas futuras por un período de seis meses y serán vistos en el mismo día o a pie solamente. **Esto requerirá que usted llame a la clínica para verificar si hay citas disponibles para ser visto en ese mismo día.**

Iniciales de los pacientes aquí: _____

Asignación de médicos primarios

Los pacientes que están cubiertos por ciertos planes de salud deben asignar a **Heart of Florida Health Center** como su médico primario al momento de su cita. Si no tiene a un proveedor de HFHC como médico primario el paciente puede coordinar con su compañía de seguros para la reasignación y ser visto con un número de confirmación proporcionado por la compañía de seguros. Si la reasignación no se completa en 30 días, se facturará al paciente por la tarifa completa de su visita. Es importante reconocer que de no tener a HFHC como médico primario que no se pueden procesar referencias ni pre-autorizaciones.

Iniciales de los pacientes aquí: _____