

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"/> Si <input type="checkbox"/> No Dental: <input type="checkbox"/> Si <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"/> Si <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 <input type="checkbox"/> 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.				
Seguro Médico				
Seguro Médico Primario: _____ Número de suscriptor: _____ Titular de la póliza: _____ Auto-Padres-Cónyuge Fecha de nacimiento del Titular: ____/____/____			Seguro Médico Secundario: _____ Número de suscriptor: _____ Titular de la póliza: _____ 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: _____

Cita y Responsabilidad Financiera

Solicitamos que todos los pacientes nuevos lleguen 30 minutos antes de su cita para registrarse. Todos los pagos se esperan al momento del servicio. Avise a un miembro del personal de cualquier cambio en su información para asegurarse de que tengamos la información más actualizada en su cuenta. Asegúrese de proporcionar la identificación adecuada, la documentación requerida y las tarjetas de seguro (si las hubiera) en el momento de la visita. Los menores siempre deben ir acompañados de un adulto

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: _____