# Formulario de Registro de Pacientes

**Sección 1**

En Heart of Florida Health Center, estamos obligados a recopilar información demográfica con respecto a nuestros ppacientes. La información que usted proporciona es confidencial. Por favor, marque "Elija no divulgar" si no desea responder a una pregunta específica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información del paciente** | | | | | | |
| **Apellido:** | | **Nombre:** | | **Segundo nombre:** | | **Fecha de Nacimiento**  **/ /** |
| **Dirección Postal:** | | | | **# Seguro Social** | | **Sexo asignado al nacer:**   * Macho **☐** Femenino |
| **Ciudad:** | | | **Estado:** | | | **Código Postal:** |
| **Teléfono principal:** | **Teléfono celular:** | | | | **Correo electrónico:** | |
| ¿Está bien enviar mensajes de texto?  **☐** Sí **☐** No | | | |
| **Estado civil:**   * Soltero (a) **☐** Casado(a) ☐Divorciado(a) **☐** Viudo(a)  **☐** Legalmente separado(a)  **☐** Elijo no divulgar | | | | | | |
| **Idioma principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **¿Necesita un intérprete?** **☐** Sí **☐** No  ¿Tiene problemas de audición o necesita servicios de intérprete de lenguaje de señas? **☐** Sí **☐** No | | | | | | |
| **Raza: *Marque todos los que aplican***   * Asiático **☐** Nativo Hawaiano **☐** Otro Pacífico Islandés ☐ Negro/africano * American Indio o Nativo de Alaska ☐ Caucásico / Blanco **☐** Elijo no divulgar | | | | | | |
| **Etnicidad: ☐** no hispanos **☐** hispanos **☐** Elijo no divulgar | | | | | | |
| **Veterano de E.U**. **☐** SÍ **☐** NO **Agrícola migratorio ☐** SÍ **☐** NO **Agrícola estacional ☐** SÍ **☐** NO | | | | | | |
| **Vivienda:**   * Residencia permanente (propia, alquiler apartamento/habitación/casa) **☐** Vivienda de transición (centro, comunidad, hogar) * Refugio (refugio seguro, vivienda temporaria durante la noche) **☐** Vivienda de apoyo permanente * Compartido (vivir con otras personas para un periodo temporario) **☐** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Orientación sexual:**   * Lesbiana o Gay **☐** Heterosexual **☐** Bisexual * Algo más **☐** No sé **☐** Elijo no divulgar | | | | | | |
| **Identidad de género:**   * Hombre **☐** Transgénero Masculino (Mujer a Hombre) **☐** Otro: * Mujer **☐** Transgénero Femenina (Hombre a Mujer) **☐** Elijo no divulgar | | | | | | |
| **¿Tiene una DIRECTIZ ANTICIPADA? ☐** Sí **☐** No | | | | | | |
| **Contacto de Emergencia** | | | | | | |
| Nombre: | | | | Teléfono: | | |
| Relación: **☐** Padre/Madre **☐** Tutor/Guardián **☐** Cónyuge **☐** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Farmacia preferida** | | | | | | |
| **Nombre y dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\*Si no se completa, HFHC incumplirá esta sección en nuestra farmacia.** | | | | | | |
| **Reconocimiento de información** | | | | | | |
| NOMBRE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Relación: **☐** Padre/Madre **☐** Tutor/Guardián Legal | | | | | | |

# Información de seguros

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Debe proporcionar tarjetas de identificación y de seguro en el momento del registro** | | |
| **¿Tiene seguro médico? ☐** Sí **☐** No, **SI INDICA QUE NO SALTE A LA SECCIÓN 3** | | |
| SEGURO MÉDICO | | |
| **Seguro Primario** | Asegurado principal (Nombre en la tarjeta) | **Relación con el paciente:**  **☐** Paciente **☐** Pareja/Esposo(a)  **☐** Padre/Madre **☐** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Empleador | Fecha de Nacimiento del Asegurado | **Número de grupo** |
| **Seguro Secundario** | Asegurado principal (Nombre en la tarjeta) | **Relación con el paciente:**  **☐** Paciente **☐** Pareja/Esposo(a)  **☐** Padre/Madre **☐** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Empleador | Fecha de Nacimiento del Asegurado | **Número de grupo** |
| SEGURO DENTAL | | |
| **Seguro Dental** | Asegurado principal (Nombre en la tarjeta) | **Relación con el paciente:**  **☐** Paciente **☐** Pareja/Esposo(a)  **☐** Padre/Madre **☐** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Empleador | Fecha de Nacimiento del Asegurado | **Número de grupo** |
| **¿Está bien facturar a su seguro? ☐** Sí ☐ No, Si indica que no, ¿por favor explique por qué?  (Si no facturamos por los servicios, usted será responsable de pagar la tarifa completa asociada con su visita). | | |

**Sección 2**

# Solicitud de Tarifa De Descuentos y Declaración de Ingresos

**Sección 3**

Heart of Florida Health Center es una organización sin fines de lucro que recibe una cantidad definida de fondos federales para complementar el costo de proporcionar atención médica / dental a los pacientes que son elegibles para participar en el programa de **escala de tarifas de descuentos**. Los pacientes elegibles también calificarán para **medicamentos a un costo reducido o cualquier servicio no cubierto**. Para determinar su elegibilidad para este programa **se requiere la verificación de sus ingresos.** Debe actualizar esta información al menos una vez al año para continuar su participación en el programa. Esta información solo se utiliza para calcular su descuento y se mantiene confidencial.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información de ingresos: Debe proporcionarnos un comprobante de ingresos para determinar el nivel de la escala de tarifas de descuento** | | |  |
| * **Rechazo el Programa de Tarifa de Descuento.** | | |
| * No tengo ingresos **☐** Estoy desempleado **☐** Estoy sin hogar **☐** Tengo empleo propio | | **Solo para uso de la oficina**  Escala de Tarifa de descuento: \_\_\_\_  Iniciales del empleado  \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Cuál es el ingreso de su hogar antes de impuestos?**  *El ingreso familiar incluye sus ingresos y los ingresos de todos los miembros que viven en el hogar. Esto puede incluir salarios, propinas, beneficios de desempleo, beneficios de seguro social e incapacidad, beneficios de jubilación y pensión, pensión alimenticia o manutención de menores recibidos, ingresos por alquiler u otros ingresos de un negocio.* | **$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **☐ Mensual ☐ Anual** |
| **¿Cuál es el tamaño de su hogar?**  *Un hogar constituye cualquier grupo de individuos, con o sin hijos, que viven bajo el mismo techo que reúnen recursos para gastos mensuales. Las personas pueden o no estar relacionadas. Los niños si son estudiantes de tiempo completo mayores de 18 años pueden ser utilizados si aún se reclaman como dependientes en su planilla de impuestos.* | **\_\_\_\_\_\_\_# de adultos**  **\_\_\_\_\_\_\_# de niños** |
| **He respondido a todas las preguntas con sinceridad, por completo y lo mejor que he podido, incluidas las cantidades en dólares. Entiendo que no hacerlo puede resultar en la denegación de elegibilidad para recibir servicios. Entiendo que debo proporcionar copias de mis recibos de pago u otros documentos como prueba de ingresos. *Si no puede obtener copias de cualquiera de los anteriores, este documento se utilizará como prueba de los ingresos anteriores.***  **La instalación, sus empleados, funcionarios y profesionales quedan liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación por las divulgaciones como se indica y autoriza en este documento.**  NOMBRE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Relación: **☐** Padre/Madre **☐** Tutor/Guardián Legal | | |  |

# Consentimiento para el tratamiento y los servicios

**Sección 4**

**Consentimiento Médico para el Tratamiento**: Autorizo a HFHC y a su personal médico, dental, de enfermería y otro personal de atención médica a proporcionar servicios médicos y administrar procedimientos y tratamientos diagnósticos y terapéuticos que se consideren necesarios o aconsejables a juicio del personal médico, dental o clínico de HFHC. Esto incluye todas las pruebas de diagnóstico, procedimientos, exámenes médicos y dentales de rutina, incluida la administración y/o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, la extracción de sangre para el examen de laboratorio, radiología, servicios de salud conductual y manejo de casos, a menos que se rechace específicamente. Entiendo que no se me han hecho garantías en cuanto a los resultados o la eficacia de los tratamientos o exámenes realizados. Entiendo que tengo el derecho de rechazar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, prueba, cirugía o procedimiento propuesto. Después de la evaluación, si mi condición médica está más allá de la capacidad de los servicios de HFHC, seré referido a otro lugar para recibir atención adicional. Especifique cualquier servicio para el que rechace su consentimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personas Autorizadas para divulgar mi información de salud. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Además, entiendo que autorizar la divulgación de mi información de salud es voluntario. Puedo negarme a designar a nadie para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o solicitar que se divulgue una copia de la información según lo dispuesto en C.F.R. 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de volver a ser liberada por el destinatario y, una vez autorizada para ser divulgada, la información puede no estar protegida por leyes federales de confidencialidad.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre |  | Relación con el Paciente |  | Nombre |  | Relación con el Paciente |

**Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida**: Autorizo a HFHC a usar y divulgar mi información de salud / prescripción médica para proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento médico, permitir que HFHC obtenga el pago por los servicios que me brinda; y permitir que HFHC lleve a cabo operaciones comerciales y de atención médica ordinarias. La información que autorizo a divulgar puede incluir información sobre enfermedades infecciosas o contagiosas, incluida información relacionada con el VIH o el SIDA, información de diagnóstico o tratamiento; información sobre abuso o tratamiento de drogas o alcohol, y / o información psiquiátrica o psicológica, según lo permita la ley. Entiendo que la HFHC está obligada por ley a informar ciertas enfermedades infecciosas a las agencias de salud pública. Entiendo que HFHC está obligado por ley a reportar sospechas de abuso o negligencia de niños o adultos vulnerables a la agencia estatal apropiada. Para obtener una descripción más detallada de los usos y divulgaciones de información médica protegida, revise el Aviso de prácticas de privacidad.

**Aviso de Prácticas de Privacidad:** Reconozco que se me ha puesto a mi disposición una copia del "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD".

**Derechos y responsabilidades de los pacientes**: Reconozco que mi atención médica es una asociación entre HFHC y yo; por lo tanto, acepto participar activamente y aceptar tanto mi papel como mi responsabilidad sobre mi atención médica y los derechos disponibles para mí. He recibido el aviso de Derechos y Responsabilidades del Paciente.

**Responsabilidad por el pago y la asignación de beneficios**: Asigno a HFHC todos los beneficios a los que pueda tener derecho del programa de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y el tratamiento proporcionado por HFHC. Estoy de acuerdo en que, salvo que pueda estar limitado por la ley o los acuerdos de HFHC con terceros pagadores, en caso de falta de pago por parte de un tercero para el que he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios prestados en las instalaciones de HFHC de acuerdo con las tarifas y términos de HFHC vigentes en la fecha del servicio. También acepto que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable. Entiendo que el pago completo se espera de manera oportuna.

Por la presente certifico que he leído o he tenido la información anteriormente explicada, que se me ha puesto a mi disposición una copia, y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos. Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de firma, a menos que se especifique lo contrario. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a HFHC. La revocación no afectará ninguna acción tomada en base a esta autorización antes de recibir una notificación por escrito de revocación

NOMBRE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Relación: **☐** Padre/Madre **☐** Tutor/Guardián Legal