



Formulario de registro de pacientes

Sección 1: Datos demográficos del paciente

Apellido: _____
Nombre: _____
Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____
(MM/DD/AAAA): ____/____/____
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
de Seguro Social: _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viuda ☐ Otro: _____

Dirección: _____
Calle: _____
Ciudad: _____
Estado: _____
Código postal: _____

Contacto de emergencia: Nombre completo: _____ Contacto #: (____) _____ Relación con el paciente: _____

Para menores de edad (18 años o menos)

Nombre completo del padre/tutor: _____

Relación: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____
(MM/DD/AAAA):

Nombre completo del padre/tutor: _____

Relación: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____
(MM/DD/AAAA):

Información de contacto:

Teléfono de la casa: (____) _____
Teléfono celular: (____) _____
Correo electrónico: _____

Más sobre ti

¿Alguno de estos te describe? ☐ Soy un veterano de los EE. UU. ☐ Soy un trabajador agrícola de temporada

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo Americano ☐ Isleño del Pacífico
☐ Otro: _____ ☐ Elijo no responder

Origen étnico: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Mejicano/Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano
☐ Otro: _____ ☐ Elijo no responder

Vivienda alternativa (si corresponde): ☐ Personas sin hogar (al aire libre/calle) ☐ Refugio para personas sin hogar ☐ Vivienda Multifamiliar
☐ Vivienda transitoria ☐ Vivienda de apoyo permanente

Necesidades lingüísticas y de accesibilidad: Idioma preferido: _____
☐ Necesitaré un intérprete de idiomas para las visitas médicas
☐ Tengo problemas de audición y necesito servicios de lenguaje de señas

Planificación Médica

Si desea enviar recetas a la farmacia de HFHC elija:

Farmacia preferida: ☐ Silver Springs Blvd. ☐ Belleview ☐ South Pine- Drive Thru

Nombre y dirección de su farmacia preferida: _____

Directivas anticipadas: ¿Tiene un documento que dice lo que quiere para su atención médica si no puede decidir por sí mismo?
☐ SI ☐ NO

Sección 2: Información del seguro (se requiere copia de la tarjeta del seguro)

Heart of Florida Health Center facturará a su seguro por los servicios cubiertos según su plan de seguro. Los padres/tutores deben proporcionar información precisa y actualizada sobre el seguro para evitar retrasos. Si los detalles del seguro no se actualizan o la cobertura cambia, puede afectar la facturación adecuada.

☐ EL PACIENTE NO TIENE SEGURO

	Primario	Secundario	Dental	Visión
Compañía de seguros:				
Empleador:				
Nombre del titular de la póliza:				
Número de póliza:				
Fecha de nac. del titular de la póliza:	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Relación con el paciente:	☐ Paciente ☐ Cónyuge/Pareja ☐ Padre/Tutor	☐ Paciente ☐ Cónyuge/Pareja ☐ Padre/Tutor	☐ Paciente ☐ Cónyuge/Pareja ☐ Padre/Tutor	☐ Paciente ☐ Cónyuge/Pareja ☐ Padre/Tutor

Sección 3: Certificación de ingresos- Autodeclaración (requerida para todos los pacientes)

1. **Tamaño del hogar** (número de personas en el hogar, según lo definido por las reglas de dependencia fiscal)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8+ (Especificar: _____)

2. **Certificado de ingresos** (seleccione el rango que mejor represente los ingresos totales de su hogar)

☐ \$0 - \$20,000	☐ \$80,001 - \$100,000
☐ \$20,001 - \$40,000	☐ \$100,001 - \$120,000
☐ \$40,001 - \$60,000	☐ \$120,001 - \$140,000
☐ \$60,001 - \$80,000	☐ Más de \$140,000

3. **¿Está solicitando el Programa de Descuento de Tarifa?**

- ☐ **Sí (Sección completa #6)**
- ☐ **No: Tenga en cuenta:** Al rechazar, reconozco que elijo pagar las tarifas completas por los servicios recibidos en Heart of Florida Health Centers Inc., incluyendo cualquier tarifa no cubierta por mi seguro. Estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo en su totalidad.

Atestación:

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información puede estar sujeta a verificación. Autorizo que Heart of Florida Health Center (HFHC) envíe facturas y reciba pagos de Medicare, Medicaid, seguro u otros programas que ayuden a pagar mi atención médica. Entiendo que, si mi seguro o programa no paga HFHC, debo pagar por el servicio, incluidos los copagos, coaseguros o deducibles. Me comprometo a pagar mi factura a tiempo.

Nombre: _____

Relación con el paciente:

Fecha: _____

Firma: _____

☐ Paciente
☐ Padre

☐ Custodio Legal
☐ Tutor legal

___/___/___



Formulario de registro de pacientes

Sección 4: Reconocimiento, consentimiento y divulgación de información

Entiendo que he recibido o puedo solicitar copias de lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| ☐ Información sobre hogar médico centrado en el paciente | ☐ Práctica y Procedimientos Financieros |
| ☐ Directrices para citas | ☐ Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente |
| ☐ Aviso de Prácticas de Privacidad | ☐ Directivas Anticipadas de Atención Médica: El Derecho del Paciente a Decidir |

Consentimiento para la atención y el tratamiento

Doy permiso a HFHC para que me brinde servicios médicos, dentales, de enfermería y otros servicios de atención médica. Esto incluye:

1. Chequeos, pruebas, inyecciones, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos
2. Atención de salud mental, telemedicina y derivaciones si es necesario
3. Cualquier tratamiento que mi proveedor considere necesario a menos que yo diga que no

Lo entiendo:

- Ningún tratamiento está garantizado. Puedo decir que no a cualquier tratamiento en cualquier momento.
- Si HFHC no puede tratar mi condición, me dirán a dónde puedo ir para recibir ayuda.
- Mi proveedor puede hacerme radiografías, estudios u otras pruebas para revisar mi salud. HFHC guarda estos resultados, pero puedo pedir copias por un costo.
- Mi proveedor puede contar con asistentes cuando lo necesite. Algunos medicamentos (como las anestésicas) pueden tener riesgos, aunque sean bajos.
- HFHC puede compartir mis vacunas con la escuela si la ley lo pide.
- HFHC puede enviar mi información médica a Medicaid, Medicare, Seguro Social o mi seguro para ayudar con la facturación.
- HFHC puede contactarme por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Puedo pedir que no me escriban más en cualquier momento. Pueden aplicarse cargos normales por mensajes o datos.
- HFHC puede usar mi información médica y de recetas para darme tratamiento, cobrar servicios y manejar sus operaciones.

Autorización para compartir mi información de salud

Puedo permitir que familiares o amigos conozcan mi información médica. Las personas que escriba abajo podrán saber sobre mis citas, tratamientos, resultados de pruebas y facturas.

Nombre de la persona autorizada	Número de teléfono	Relación

(Inicial aquí) _____ Doy permiso a HFHC para compartir mi información médica con las personas mencionadas arriba. Entiendo que:

- Puedo quitar a alguien de esta lista en cualquier momento.
- Esto no cambia la información que ya se compartió antes de que yo cancelara el permiso.
- Una vez compartida, puede que la información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

He leído este formulario y lo entiendo. Tuve la oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento sigue siendo válido hasta que lo cancele por escrito.

Nombre: _____

Relación con el paciente:

Fecha: _____

Firma: _____

- | | |
|-----------------------------------|---|
| ☐ Paciente | ☐ Custodio Legal |
| ☐ Padre | ☐ Tutor legal |

____/____/____

Sección 5: Formulario de información médica para el paciente

Incluya el nombre del medicamento, la dosis y las horas por día que se toman. (vitaminas, inhaladores, recetas, otros)

**Medicamentos
actuales del
paciente:**

Historial médico del paciente (Marque todo lo que pueda aplicar)

- | | |
|---|---|
| ☐ Alergias o afecciones de la piel (por ejemplo, eccema, erupciones cutáneas)
Lista →: _____ | ☐ problemas renales o urinarios (por ejemplo, infecciones frecuentes, enfermedad renal) Lista →: _____ |
| ☐ Trastornos de la sangre (por ejemplo, anemia, anemia de células falciformes) Lista →: _____ | ☐ Problemas de salud mental (por ejemplo, ansiedad, depresión)
Lista →: _____ |
| ☐ Afecciones óseas, articulares o musculares (por ejemplo, artritis, parálisis cerebral, problemas de la columna vertebral) Lista →: _____ | ☐ Nacimiento prematuro |
| ☐ Problemas respiratorios (por ejemplo, asma, tos crónica, neumonía)
Lista →: _____ | ☐ Problemas de salud reproductiva (p. ej., embarazo, síndrome de ovario poliquístico)
Lista →: _____ |
| ☐ Cáncer (por ejemplo, leucemia) → Tipo de lista: _____ | ☐ Convulsiones o problemas neurológicos (por ejemplo, epilepsia, accidente cerebrovascular, desmayos, mareos) → lista: _____ |
| ☐ Problemas dentales (por ejemplo, dolor de muelas, sangrado de encías, problemas de la mandíbula - ATM) Lista →: _____ | ☐ Consumo de sustancias (por ejemplo, alcohol, drogas) Lista →: _____ |
| ☐ Afecciones del desarrollo o del aprendizaje (p. ej., autismo, TDAH, retrasos) Lista de →: _____ | ☐ Tomar medicamentos para el endurecimiento de los huesos (bifosfonatos) |
| ☐ Diabetes o sed frecuente | ☐ Problemas de tiroides |
| ☐ problemas digestivos o hepáticos (por ejemplo, problemas estomacales, hepatitis)
Lista →: _____ | ☐ Consumo de tabaco o vapeo |
| ☐ Problemas cardíacos o circulatorios (por ejemplo, enfermedad cardíaca, presión arterial alta, marcapasos) Lista →: _____ | ☐ Problemas de visión o audición (por ejemplo, gafas, audífonos)
Lista →: _____ |
| ☐ Historia de las transfusiones de sangre | ☐ Sistema inmunitario debilitado (por ejemplo, VIH/SIDA, trasplante de órganos)
Lista →: _____ |
| ☐ Enfermedades infecciosas (por ejemplo, tuberculosis, ETS)
Lista →: _____ | ☐ Otros problemas de salud → explique: _____ |

**Alergias del
paciente:**

Alimentos/Insectos/Animales/Alergias estacionales
Alergias a medicamentos
Alergias al látex

☐ Sí ☐ No Especificar: _____
☐ Sí ☐ No Especificar: _____
☐ Sí ☐ No Especificar: _____

**Reacción a las
inmunizaciones:**

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique qué vacuna y describa la reacción:

Estadías anteriores en el hospital:

☐ Sí ☐ No

Explicar: _____

Cirugías pasadas:

☐ Sí ☐ No

Explicar: _____

Visitas a la sala de emergencias en el último año:

☐ Sí ☐ No

Motivos de visita:

Antecedentes médicos familiares:

Marque todo lo que corresponda y enumere los parientes afectados (por ejemplo, padre, hermano, abuelo).

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Anemia | ☐ SIDA | ☐ Migrañas |
| ☐ Golpe | ☐ SIDA/VIH | ☐ Artritis |
| ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Anemia falciforme | ☐ Problemas dentales |
| ☐ Presión arterial alta | ☐ Asma | ☐ Abuso de Alcohol/Drogas |
| ☐ Diabetes | ☐ Cáncer | ☐ Colesterol alto |
| ☐ Convulsiones | ☐ Tuberculosis | ☐ Otro: _____ |

Familiar(es) afectado(s):

Firma del paciente, padre o tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____

Firma del proveedor: _____ **Fecha:** ____/____/____

Sección 6: Aplicación del Programa de Descuento de Tarifa (Complete esta sección solo si solicita el programa)

Comprobante de ingresos (Marque todo lo que corresponda).	Identificación emitida por el gobierno (requerida para todos los solicitantes).
☐ Declaración de Salarios e Impuestos Federales (por ejemplo, W-2)	☐ Licencia de conducir
☐ Talones de pago recientes	☐ Pasaporte
☐ Carta de determinación o verificación de beneficios	☐ Formulario de inmigración de EE. UU.
☐ Documentación del libro de ingresos por cuenta propia	☐ Otro: _____
☐ Carta del empleador (firmada en papel membretado de la empresa)	
☐ Otro: _____	
☐ No tengo comprobante de ingresos (complete la Declaración de Ausencia de Ingresos a continuación)	

Sección 7: Declaración de No Ingresos (Complete solo si seleccionó "No se proporcionó comprobante de ingresos" arriba).

1. Confirmando que no recibo dinero de ninguna de las siguientes fuentes:

- Salarios de un trabajo (incluyendo propinas, bonificaciones o comisiones)
- Dinero de mi propio negocio
- Pagos de alquiler de la propiedad que poseo
- Intereses o dividendos de ahorros o inversiones
- Pagos de Seguro Social, jubilación, pensión o seguro
- Prestaciones por desempleo o discapacidad
- Asistencia gubernamental (como cupones de alimentos o ayuda en efectivo)
- Pensión alimenticia, manutención de los hijos o ayuda financiera de alguien fuera de mi hogar
- Dinero de la venta de productos (por ejemplo, Avon, Mary Kay, etc.)
- Otros ingresos

2. Certificación de Apoyo Financiero

Confirmando que no tengo ingresos en este momento y no espero ningún cambio pronto. Si mi situación financiera cambia, informaré a Heart of Florida Health Centers Inc. Mis necesidades básicas (vivienda, alimentación, servicios públicos) están cubiertas por:

Nombre: _____ o Agencia (si corresponde): _____
 Teléfono: _____ Dirección: _____

3. Reconocimiento y Certificación

Confirmando que la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa, incompleta o engañosa puede resultar en la pérdida de la asistencia de **Heart of Florida Health Centers Inc.**

Nombre: _____	Relación con el paciente:	Fecha: _____
Firma: _____	☐ Paciente ☐ Padre	☐ Custodio Legal ☐ Tutor legal



Formulario de registro de pacientes

Sección 8 {SOLO PARA MENORES DE EDAD} : Autorización para que otro adulto tome decisiones sobre el cuidado de la salud de mi hijo

Yo/Nosotros, _____ y _____
soy/somos los

☐ padre(s) (tutor(es) natural(es), ☐ custodio(s) legal(es), ☐ Tutor(es) legal(es) De:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Según la ley de Florida (s.765.2035 y s.744.301(1)), permito/permitimos que la siguiente persona tome decisiones médicas, dentales y de salud conductual para mi/nuestro hijo si yo/nosotros no estamos disponibles:

Persona(s) Autorizada(s) Principal(es):

Nombre	Dirección	Número de teléfono

Persona autorizada(s) de respaldo (si la persona principal no está disponible):

Nombre	Dirección	Número de teléfono

¿Qué significa esto?

- Yo/Nosotros autorizamos a Heart of Florida Health Centers (HFHC) a seguir las instrucciones de la(s) persona(s) mencionada(s) arriba para la atención médica de mi hijo, incluyendo medicamentos, tratamientos y procedimientos.
- Estas personas pueden tomar decisiones sobre la salud de mi hijo, pedir ayuda con beneficios para pagar la atención y autorizar traslados al hospital o clínica si es necesario.
- Entiendo que HFHC no se hace responsable por las decisiones que tome(n) esta(s) persona(s).
- Yo/Nosotros podemos cancelar este permiso en cualquier momento, por escrito.

Quién puede llevar a mi hijo para recibir atención médica:

Según la ley de Florida, padrastros, abuelos, hermanos adultos, tíos o tías pueden llevar a un niño a recibir atención médica sin un permiso especial

☐ **NO quiero que esto se aplique. Solo las personas que escribí en las tablas anteriores pueden llevar a mi hijo para que lo atiendan.**

Nombre: _____

Relación con el paciente:

Fecha: _____

Firma: _____

☐ Paciente

☐ Custodio Legal

☐ Padre

☐ Tutor legal