



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Fecha de nac. (MM/DD/AAAA): ____/____/____
Nombre: _____ Sexo: Masculino Femenino
Segundo nombre: _____ SSN: _____
Dirección: _____ Teléfono móvil: (____) _____
Cuidad: _____ Teléfono en el hogar: (____) _____
Estado: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____
Código postal: _____ Correo electrónico: _____
 No tengo dirección de correo electrónico

Parte responsable (Si es diferente del paciente, para menores o pacientes con tutor legal)

Nombre: _____
Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: (____) _____
¿Es esta persona responsable económicamente por el paciente? Sí No

Contacto de emergencia

Nombre: _____
Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: (____) _____

Estado civil: Soltero (a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otro: _____

Comunicación y lenguaje:

Idioma preferido: _____ ¿Necesitas un intérprete? Sí No Tengo discapacidad auditiva y necesito servicios de lenguaje de signos

Raza: Blanco(a) Negro(a) /afroamericano(a) Asiático(a) Nativo americano (a) Isleño(a) del Pacífico
 Otro: _____ No quiero responder

Origen Étnico: Hispano(a)/Latino(a) No Hispano(a)/Latino(a) Mexicanoamericano(a) /Chicano(a)
 Puertorriqueño(a) Cubano(a) Otro: _____ No quiero responder

Viviendas alternas (si aplica): Sin hogar (al aire libre/calle) Refugio para personas sin hogar Vivienda Compartida
 Viviendas transitoria Vivienda permanente con apoyo

¿Tiene un documento que diga qué tratamiento médico quiere si no puede hablar por usted mismo/a? (A esto se le llama Voluntad o Directriz Anticipada. Ejemplos: Testamento Vital o POLST.) Sí No

Farmacia de Preferencia:

Heart of Florida Health Center opera un programa de farmacia con descuento (340B) para pacientes elegibles. Si desea que sus recetas se envíen a una farmacia HFHC, por favor seleccione un lugar

- Silver Springs Blvd. Central (1ª Avenida)
 Belleview Villages

Si prefiere usar otra farmacia, por favor indique el nombre y la dirección a continuación:

Nombre y dirección de la farmacia: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE SEGUROS

Este formulario es obligatorio para todos los pacientes. Como centro de salud comunitario, usamos esta información para ayudar a mantener el costo de su atención lo más bajo posible.

Tamaño del hogar (Número de personas que cuentan en su declaración de impuestos)

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

Ingresos del hogar (Seleccione el rango que mejor represente el ingreso anual total de su hogar)

\$0 \$75,001 – \$100,000
 \$1 – \$25,000 Sobre \$100,000
 \$25,001 – \$50,000 No quiero responder
 \$50,001 – \$75,000

Información sobre seguros	Seguro Médico Primario	Seguro Médico Secundario	Seguro Dental Primario	Seguro Dental Secundario	Seguro de la Visión
Compañía de seguros					
Nombre del titular					
Fecha de nac del titular					
Número de ID del titular					
Número de grupo					
Relación con el titular					

- No tengo seguro Médico/ Pago directo**
 Sí, estoy interesado/a en el Programa de Descuento por Tarifa Escalonada
 No, declino el Programa de Descuento por Tarifa Escalonada en este momento

Información financiera y responsabilidad del paciente

Nuestro centro de salud ofrece atención a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Las tasas se basan en los ingresos y el tamaño de la familia según las Guías Federales de Pobreza. Por favor, lee la información a continuación

- Si no tiene seguro, puede solicitar nuestro Programa de Descuentos según sus ingresos. Necesitamos ver prueba de ingresos para saber si califica. Si no trae la documentación necesaria, se le puede cobrar la tarifa completa.
- Si decide no solicitar el programa de descuentos, deberá pagar el costo total de los servicios, incluyendo cualquier cantidad que su seguro no cubra.
- Es posible que deba hacer un pago mínimo el día de su visita, según su seguro y si califica para descuentos.
- Si no presenta prueba de ingresos, el pago mínimo puede ser más alto.
- Si tiene seguro, debe pagar sus copagos, deducibles y servicios no cubiertos al momento de la visita.
- Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro y traer una tarjeta válida en cada visita.
- Si su seguro no cubre un servicio o no podemos facturarlo, usted deberá pagar el saldo. Si no paga, recibirá estados de cuenta y avisos de seguimiento.
- Hay planes de pago disponibles para algunos servicios. No se le negará atención médica necesaria por no poder pagar. Algunos servicios opcionales deben pagarse antes del tratamiento.

Autorizo a HFHC a aplicar cualquier pago en exceso futuro a cualquier saldo pendiente en mi cuenta, en lugar de emitir un reembolso.

Confirmando que he leído y entendido las políticas financieras anteriores. Sé que debo pagar los cargos aplicables, copagos, deducibles y servicios no cubiertos, y que debo proporcionar información correcta sobre mi seguro y mis ingresos.

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: Paciente Padre/Madre Guardian Legal Custodio Legal

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / ____

SOLICITUD DE DESCUENTO Programa de Descuento por Tarifa Escalonada
(Renovación anual requerida)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac (MM/DD/AAAA): ___/___/___

Información del hogar

¿Quiénes viven en su hogar?
(Incluye a ti mismo, cónyuge/pareja y a los dependientes que apoyes.)

Total de personas en el hogar: _____

Ingresos totales del hogar

¿Cuál es el ingreso total de tu hogar?
(Incluya salarios, beneficios y cualquier otro ingreso.)
Ejemplos: cheques de pago, Seguro Social, discapacidad, desempleo u otros ingresos.

Cantidad : _____
\$ _____
 Semanal
 Quincenal
 Mensual
 Anual

Verificación de ingresos

Tengo ingresos y entrego comprobante hoy. (Se aplicará la tarifa final del programa de descuento.)

Tengo ingresos, pero no puedo entregar comprobante hoy. (Se aplicará la tarifa mínima por ahora. Debe entregar el comprobante dentro de 30 días o se le puede cobrar la tarifa completa.)

Declaración de ingresos sin comprobante: Declaro que mi hogar tiene ingresos, pero no puedo presentar comprobante en este momento. Confirmando que la información escrita arriba es correcta según mi conocimiento. Entiendo que esta declaración me da acceso temporero al Programa de Descuentos. **Iniciales del paciente o tutor:** _____

Mi ingreso familiar es de \$0 (Complete la declaración abajo.)

Autodeclaración de Ingresos (sin comprobante requerido)

Certifico que actualmente mi hogar no recibe ingresos de ninguna fuente. **Marque lo que describa su situación:**

- Estoy Desempleado/a
- Trabajo temporal o por temporada
- Recibo apoyo de familia o amigos
- Recibo apoyo de una agencia o programa. Nombre del programa: _____
- Otro: _____

Iniciales del paciente o tutor: _____

Reconocimientos y responsabilidades

Entiendo que:

- La elegibilidad para el Programa de Descuento por Tarifa Escalonada se basa en el ingreso y el tamaño del hogar y solo aplica a ciertos servicios.
- Debo notificar a Heart of Florida Health Center si cambia el ingreso o el tamaño de mi hogar.

Declaración y firma del paciente

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa según mi conocimiento. Entiendo que dar información falsa o incompleta puede causar la pérdida del descuento. También entiendo que esta solicitud debe renovarse cada año.

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: Paciente Padre/Madre Guardian Legal Custodio Legal

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Solo uso del personal

Slide Assigned: A B C D E F
Docs Reviewed: Yes No
Effective Date: _____
Staff Initials: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR, TELEMEDICINA Y USO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Consiento voluntariamente que Heart of Florida Health Center, Inc. (HFHC) me proporcione servicios de salud a mí (o al paciente mencionado anteriormente).

- **Servicios Incluidos:** HFHC puede ofrecer servicios médicos, dentales, de enfermería y de salud conductual o mental. Esto puede incluir atención preventiva, exámenes, pruebas, vacunas, estudios de laboratorio, radiografías u otras imágenes, medicamentos, visitas por telemedicina, referidos y otros tratamientos que su proveedor considere apropiados. Usted puede hacer preguntas y rechazar cualquier tratamiento en cualquier momento.
- **Sin garantía:** Entiendo que ningún servicio de salud garantiza una mejoría. Si HFHC no puede tratar mi condición, se me informará y, cuando sea posible, se me referirá a otro proveedor.
- **Exámenes, registros y equipo de atención:** Autorizo la realización de exámenes, pruebas diagnósticas, estudios de imágenes (incluyendo radiografías y fotografías) y procedimientos necesarios para mi salud. Mi expediente médico y los materiales diagnósticos son propiedad de HFHC, y se pueden proporcionar copias según lo permita la ley. Mi atención puede incluir personal capacitado y estudiantes o residentes bajo supervisión.
- **Telemedicina:** La telemedicina utiliza comunicación electrónica para brindar atención a distancia por videollamada u otros medios electrónicos. Entiendo que puede tener limitaciones, como problemas técnicos, menor posibilidad de realizar un examen físico completo y posibles riesgos de privacidad, aunque existen medidas de seguridad. Puedo rechazar la telemedicina y solicitar una cita en persona cuando esté disponible.
- **Uso de Tecnología y Herramientas de Inteligencia Artificial (IA):** HFHC puede utilizar herramientas tecnológicas para apoyar la documentación clínica, la planificación del cuidado, la revisión de información médica y la mejora de la calidad. Esto puede incluir tecnología asistida por inteligencia artificial (IA). Estas herramientas sirven como apoyo y no reemplazan a los proveedores licenciados, quienes toman todas las decisiones clínicas finales.
- **Comunicación:** HFHC puede comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico, portal del paciente u otros medios electrónicos sobre mi atención, citas, resultados y asuntos relacionados. Algunos mensajes pueden enviarse mediante sistemas automatizados. Puedo optar por no recibir ciertos mensajes en cualquier momento. Pueden aplicarse cargos normales por mensajes de texto y uso de datos.
- **Información de salud:** Autorizo a HFHC a usar y compartir mi información de salud según lo permita la ley para tratamiento, pago y operaciones del centro. Esto incluye facturación, coordinación de cuidado, reportes requeridos de salud pública o escolares (como vacunas) y el intercambio seguro de información con otros sistemas de salud. La información de salud conductual se mantiene confidencial y solo se comparte según lo permita la ley, incluyendo cuando sea necesario para atención, pago, operaciones o para proteger la seguridad del paciente o del público. HFHC puede usar información que no lo identifique para mejorar la calidad, capacitación, investigación y mejoras del sistema, según lo permita la ley.

Autorización para compartir mi información sanitaria

Autorizo HFHC a compartir mi información de salud con las personas que aparecen a continuación.

Nombre de la persona autorizada	Número de teléfono	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Reconocimiento de Políticas.

Confirmando que se me ha dado acceso o información sobre mis derechos y responsabilidades como paciente, el aviso de privacidad, las políticas de pago incluyendo el Programa de Descuento por Tarifa Escalonada, información sobre la Voluntad Anticipada, y cómo se brinda la atención en el centro de salud Heart of Florida. También confirmo que he leído y entiendo este consentimiento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron respondidas a mi satisfacción. Este consentimiento está vigente hasta que yo lo cancele por escrito.

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: Paciente Padre/Madre Guardian Legal Custodio Legal

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Permiso para que otro adulto cuide y tome decisiones médicas por mi hijo/a en mi ausencia

Yo/Nosotros, _____ y _____,
somos/somos el/los Padre(s)/Tutor(es) Natural(es) Tutor(es) Legal(es) Custodio(s) legal(es) de:

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Según la ley de Florida (art. 765.2035 y art. 744.301(1)), yo/nosotros autorizamos a la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación a tomar decisiones médicas, dentales y de salud conductual para mí/nuestro hijo si no estamos disponibles.

Por favor, indique los nombres de los adultos que autoriza para traer al menor a sus citas o tomar decisiones sobre su atención médica (por ejemplo, padres, abuelos u otros cuidadores).

Persona(s) autorizada(s) principal(es)

Nombre	Dirección	Número de teléfono

Persona(s) autorizada(s) adicional(es)

Nombre	Dirección	Número de teléfono

Lo que significa esta autorización

Al firmar a continuación, entendemos y aceptamos que:

- Heart of Florida Health Centers (HFHC) puede seguir las instrucciones de la(s) persona(s) autorizada(s) mencionadas anteriormente sobre mi atención o la de nuestro hijo(a).
- Estas personas pueden autorizar tratamientos médicos, dentales y de salud conductual, medicamentos, pruebas y procedimientos.
- También pueden ayudar a solicitar beneficios para el pago de la atención y aprobar referidos o traslados si es necesario.
- HFHC no es responsable de las decisiones que tomen las personas autorizadas.
- Esta autorización puede cancelarse en cualquier momento mediante aviso por escrito a HFHC.

Llevar a un niño al cuidado (Florida Law)

Según la ley de Florida, ciertos familiares (como padrastros, abuelos, hermanos adultos, tías o tíos) pueden llevar a un menor a recibir atención médica sin autorización previa por escrito.

NO quiero que esto aplique. Solo las personas mencionadas arriba pueden traer a mi hijo(a) a sus citas médicas, a menos que yo entregue una autorización por escrito.

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: Paciente Padre/Madre Guardian Legal Custodio Legal

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / ___