



Formulario de inscripción del paciente
Por favor presente este formulario junto con su
tarjeta de seguro y una identificación con fotografía

Complete todo el formulario. En las partes que no correspondan al paciente escriba "N/C".

Nombre del paciente <i>Nombre</i> <i>Inicial 2º nombre</i> <i>Apellido</i>				Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AA	
Número de Seguro Social:					
Dirección postal <i>Calle y número de departamento</i>			<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i> <i>Condado</i>
Dirección física <i>Calle y número de departamento</i> <input type="checkbox"/> Igual que la dirección postal			<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i> <i>Condado</i>
Teléfono principal <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral ¿Se pueden dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral ¿Se pueden dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de correo electrónico			Mensaje de texto (ingrese su número de teléfono)		
Opta por no recibir mensajes de correo electrónico seguros <input type="checkbox"/> Sí			Opta por no recibir mensajes de texto seguros <input type="checkbox"/> Sí		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)					
Contacto de emergencia <i>Nombre</i>		<i>Relación</i>		<input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono laboral	
¿Tiene seguro médico o dental? Por favor presente su tarjeta de seguro al recepcionista médico. <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Advantage <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No tiene seguro					
Plan de seguro médico principal		Número de póliza			
Plan de seguro médico secundario		Número de póliza			
Plan de seguro dental		Número de póliza			
Nombre del padre, madre o tutor <i>Nombre</i> <i>Inicial 2º nombre</i> <i>Apellido</i>		<input type="checkbox"/> Igual que el paciente Fecha de nacimiento del padre, madre o tutor / /			
Dirección del padre, madre o tutor <i>Calle</i>		<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>	
Nombre del empleador del padre, madre o tutor			Teléfono laboral del padre, madre o tutor		

¿Cómo supo sobre nosotros? Familia/amigos Refugio Departamento de Salud Hospital Servicios sociales
 Medios de comunicación Otro _____

Raza (marque todas las opciones que correspondan)

- Blanco
- Asiático
- Amerindio/ Nativo de Alaska
- Negro/ Afroamericano
- Nativo de Hawái
- Nativo de otras islas del Pacífico
- No desea responder

Origen étnico

- Hispano/ Latino
- No hispano/ Latino
- No desea responder

Idioma preferido

- Inglés
- Español
- Chino
- Árabe
- Vietnamita
- Otro _____

¿Necesita servicios de interpretación?
 Sí No

Orientación sexual

- Heterosexual/ No homosexual
- Homosexual (lesbiana o gay)
- Bisexual
- No sabe
- No desea responder

¿Qué sexo le fue asignado al nacer?

- Femenino
- Masculino
- No desea responder

Identidad de género

- Masculino
- Femenino
- Transgénero masculino a femenino
- Transgénero femenino a masculino
- Otro
- No desea responder

¿Vive en una vivienda pública? Sí No

¿Es veterano? Sí No

Condición de persona sin hogar

No es una persona sin hogar

Calle

Vivienda compartida

(Vive al aire libre, campamento, vehículo, vivienda improvisada) (Persona que vive con otras; el arreglo se suele considerar temporal e inestable)

Refugio

Alojamiento de respaldo permanente

Alojamiento transitorio

(Refugio organizado)

(Personas que realizan la transición de estar sin hogar a programas de respaldo de alojamiento permanente dentro de los últimos 12 meses)

(Transición de un entorno de persona sin hogar, no incluye prisión, programas de tratamiento institucionales, milicia, escuelas u otras instituciones)

Sí No **Trabajador agrícola migrante** – Persona que se requiere que esté ausente de un lugar de residencia permanente para conseguir un empleo remunerado realizando trabajo agrícola.

Sí No **Trabajador agrícola temporal** – Persona que está empleada en trabajo agrícola temporal pero NO se mueve de su residencia permanente para conseguir trabajo; también puede tener otras fuentes de empleo.

Por favor **marque con un círculo el rango a continuación** que indica los ingresos anuales estimados del hogar del paciente según la cantidad de personas que viven en el hogar del paciente. Advance Community Health debe presentar esta información al gobierno federal, y esto además nos ayuda a entender mejor las necesidades de las comunidades a las que prestamos servicios. **No se proporcionará información que lo/la identifique al gobierno federal. Protejamos su anonimato.**

CANTIDAD DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	INGRESOS ANUALES DEL HOGAR				
1	\$0 – \$13,590	\$13,591 - \$20,385	\$20,386 - \$27,180		Más de \$27,180
2	\$0 – \$18,310	\$18,311 - \$27,465	\$27,466 - \$36,620		Más de \$36,620
3	\$0 – \$23,030	\$23,031 - \$34,545	\$34,546 - \$46,060		Más de \$46,060
4	\$0 – \$27,750	\$27,751 - \$41,625	\$41,626 - \$55,500		Más de \$55,500
5	\$0 – \$32,470	\$32,471 - \$48,705	\$48,706 - \$64,940		Más de \$64,940
6	\$0 – \$37,190	\$37,191 - \$55,785	\$55,786 - \$74,380		Más de \$74,380

¿Le gustaría obtener información sobre nuestro Programa de descuento con tarifa variable (Sliding Fee)? Sí No

Avanzar en la salud de la comunidad

Divulgaciones y consentimiento del registro de pacientes

Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento:

ID:

Asignación de Beneficios de Seguro:

Por la presente autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a Advance Community Health por los servicios prestados a mis dependientes o a mí por el profesional. Entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios de seguro y si los servicios que voy a recibir son un beneficio cubierto. Entiendo y acepto que seré responsable de cualquier copago o saldo debido a que Advance Community Health no puede obtener la compañía de seguros por cualquier motivo.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico "HIPAA":

Por la presente autorizo a las partes designadas a continuación a solicitar y recibir la divulgación de cualquier información médica protegida con respecto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas. Entiendo que la identidad de las partes designadas debe ser verificada antes de la divulgación de cualquier información. También entiendo que estas partes tendrán acceso a toda mi información sanitaria protegida, incluido el abuso de sustancias, la salud mental, las ITS, el SIDA y los registros del VIH.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorización para correo, llamada, correo electrónico o texto:

Certifico que entiendo los riesgos de privacidad del correo, llamada telefónica, correo electrónico y texto. Por la presente autorizo a Advance Community Health o a mi profesional a enviarme un correo, una llamada, un correo electrónico o un mensaje de texto con comunicaciones con respecto a mi atención médica, incluso por no limitarme a cosas tales como recordatorios de citas, arreglos de referencia y resultados de laboratorio. Entiendo que tengo el derecho de rescindir esta autorización en cualquier momento notificando a Advance Community Health a tal efecto por escrito.

Autorización para divulgar información personal no pública:

Certifico que he recibido y leído una copia de Advance Community Health Privacy Practice de la fecha en la firma a continuación. Por la presente autorizo a Advance Community Health a divulgar cualquier información médica o incidental de salud médica o incidental no pública protegida como se describe en las prácticas de privacidad que puedan ser necesarias para la evaluación médica, tratamiento, consulta o procesamiento de beneficios de seguro. Entiendo que conservo los derechos que me han otorgado a través de las Prácticas Avanzadas de Privacidad De la Comunidad. Por la presente doy mi consentimiento para las Prácticas de Privacidad de Advance Community Health.

Servicios de laboratorio/X-Ray/Diagnóstico

Entiendo que puedo recibir una factura separada si mi atención médica incluye laboratorio, rayos X u otros servicios de diagnóstico. Además, entiendo que soy financieramente responsable del copago o saldo adeudado por estos servicios si no son reembolsados por mi seguro por cualquier razón.

Consentimiento para el tratamiento:

Por la presente doy mi consentimiento para la evaluación, las pruebas y el tratamiento según las instrucciones del médico y o profesional de Advance Community Health.

Advance Community Health es parte de una organización de atención médica organizada que incluye participantes en OCHIN. Una lista actualizada de participantes de OCHIN esta disponible en www.ochin.org. Como asociado de negocios de Advance Community Health, OCHIN proporciona información de tecnología y servicios relacionados a Advance Community Health y otros participantes de OCHIN. OCHIN tambien participa en las evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento a nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revision clínica a nombre de las organizaciones que participan para establecer los mejores estándares de práctica y el acceso a los beneficios clínicos que pueden ser derivados por el uso de sistemas de historial clínico

electrónico. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de referidos de pacientes internos y externos. Su información de salud podría ser compartida por Advance Community Health con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para fines de funcionamiento de asistencia médica del acuerdo organizado de asistencia de salud.

Firma o marca del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Paciente/Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma del testigo del empleado: _____

Fecha: _____