

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido legal:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Fecha de hoy: / /
			No. de Seguro Social: — —
Nombre por elección (si es diferente):	Fecha de nacimiento: / /		
Dirección de correos:		Apartamento #:	Teléfono Celular: () ¿Cual es su número de contacto principal? <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
Ciudad:	Estado:	C.P.:	Teléfono de Casa: () Teléfono de Trabajo: ()
Dirección de correo electrónico para Portal del Paciente: *Debe ser de 18 años de edad*			

Pro Nombre Preferido: El Ella Ellos Ze un pronombre no aparece ninguna preferencia pronombre

Solicitamos la siguiente información para que nuestro personal pueda dirigirse a usted con el lenguaje más respetuoso, para conocer mejor a nuestra población y para cumplir con nuestros requisitos para el otorgamiento de beneficios. Las opciones de algunas de estas preguntas han sido suministradas por nuestros financiadores. Por favor, ayúdenos a brindarle un mejor servicio seleccionando la mejor respuesta a las siguientes preguntas. Muchas gracias.

Preferido Idiomas Hablado/Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Necesita servicio de interpretación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, idioma: _____	Raza: *Indique la opción que corresponda* <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./de Alaska <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica Asiática: <input type="checkbox"/> Asiática India <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Japonés/a <input type="checkbox"/> Otra Indígena de Hawaii/De la Isla Pacífico: <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii <input type="checkbox"/> Guamanian/Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> De Otras Islas d Pacífico <input type="checkbox"/> No contesta	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersex <input type="checkbox"/> No contesta ¿Es una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique la opción que corresponda: <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Hogar Transitorio <input type="checkbox"/> Con un familiar (no paga alquiler) <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No contesta	¿Cómo conoció a Callen Lorde? <input type="checkbox"/> Amigo/Paciente <input type="checkbox"/> Recomendación <input type="checkbox"/> Feria/Presentación Sanitaria <input type="checkbox"/> Sitio web de Callen-Lorde/Internet <input type="checkbox"/> Folleto/Aviso de Callen-Lorde <input type="checkbox"/> Facebook/Medio Sociales <input type="checkbox"/> TV/Radio/Medios Gráficos ¿Tienes un proveedor no de Callen-Lorde que desea continuar viendo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No soy Hispanico/a <input type="checkbox"/> Dominicano/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a,Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueno <input type="checkbox"/> Otro Hispanico/a , Latino/a <input type="checkbox"/> No contesta	Trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

INGRESOS

Ingresos del hogar previstos para este año:	Cantidad total de personas que viven en su hogar, incluyéndose:
---	---

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia:	Teléfono del contacto de emergencia: ()
------------------------------------	--

INFORMACION DEL SEGURO **Por favor, presente su tarjeta del seguro al personal de recepción**

Si no tiene seguro médico, su descuento será calculado en base a sus ingresos

Aseguradora:	Póliza No.:	Grupo No.:
¿A quién seleccionó como Médico de Atención Primaria dentro de su cobertura?		Empleador:
Relación con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Pareja	Sexo indicado en el plan del seguro médico del asegurado: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Fecha de nacimiento del asegurado: / /
Nombre del asegurado (si es diferente):	Dirección del asegurado: <input type="checkbox"/> El mismo que el del paciente	

Certifico que la información que antecede es correcta a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Q: _____

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO CALLEN-LORDE
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

A TODOS LOS PACIENTES: POR FAVOR LEER Y FIRMAR EL PUNTO 1 Y 2 ANTES DE SU PRIMERA VISITA AL MÉDICO

1) CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta) solicito voluntariamente atención y tratamiento médico en el Centro de Salud Comunitario Callen-Lorde ("Callen-Lorde") y autorizo al personal médico, psicológico y odontológico de Callen-Lorde a que me revisen, me diagnostiquen y me provean tratamiento de acuerdo con la información, las explicaciones y las recomendaciones que me han dado.

X _____ /_____/_____
Firma del paciente **Fecha**

2) CONSENTIMIENTO A LOS FINES DE FACTURACIÓN:

- ✓ Si no tengo seguro médico, entiendo que deberé pagar todos los gastos incurridos y que me serán facturados y deberé pagar todos los saldos impagos de acuerdo con la Política Financiera del Paciente de Callen-Lorde;
- ✓ Si mi seguro es aceptado, autorizo el pago de los beneficios a Callen-Lorde o reembolsaré a Callen-Lorde si mi aseguradora me paga a mí directamente;
- ✓ Por la presente, autorizo a Callen-Lorde a suministrar información sobre mi enfermedad y tratamiento a mi(s) aseguradora(s) de acuerdo con su política de privacidad;
- ✓ Se me ha informado que todos los análisis (de sangre y otras muestras) enviados a un laboratorio externo tendrán cargos adicionales que el laboratorio facturará a mi seguro médico y/o directamente a mí;
- ✓ Entiendo que mi seguro tal vez no cubra todos los cargos que Callen-Lorde considere médicamente necesarios;
- ✓ Entiendo también que debo pagar cualquier parte de los cargos no cubierta por mi seguro médico y que me facturarán dichos servicios directamente a mí.

3) Derechos y Responsabilidades del Paciente:

- ✓ He recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Callen-Lorde.

X _____ /_____/_____
Firma del paciente **Fecha**

MRN: _____

**ACUSE DE RECIBO DEL
AVISO ACERCA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

Acepto haber recibido una copia del **Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad de HIPAA (Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud)** de Callen-Lorde.

Nombre del Paciente (por favor, letra de imprenta)

Firma del Paciente

Fecha

O

Nombre de Representante Personal (por favor, letra de imprenta)

Firma de Representante Personal

Fecha

Autoridad del Representante Personal para Firmar por el Paciente (marque uno):

Padre Tutor Poder Notarial Otro: _____

Por favor, tenga en cuenta: Es su derecho negarse a firmar este acuse de recibo

-----*Sólo para Uso del Personal*-----

Intenté obtener la aceptación de la persona anteriormente mencionada de haber recibido nuestro **Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad**, pero no pude debido a que:

- ___ Una emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- ___ Una barrera comunicacional nos impidió obtener el acuse de recibo.
- ___ El individuo no quiso firmar.
- ___ Otro: _____

Nombre del miembro del personal (imprensa)

Firma del miembro del personal

Fecha

MRN: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____
(Por favor, en letra de imprenta) (DD/MM/AAAA)

Mi ingreso anual total es de \$ _____ Cantidad de dependientes _____
(Incluido/a usted mismo/a)

He entregado documentos financieros, que incluyen (marque con sus iniciales al lado de todas las opciones que correspondan):

____ Talón de pago del empleo ____ Declaración de empleo
____ Formulario de impuestos sobre la nómina ____ Declaración de desempleo
____ Estado de cuenta bancario ____ Otro (explicar por favor): _____

Si no puede proporcionar documentación (marque con sus iniciales todas las opciones que correspondan):

____ No tengo documentacion hoy ____ No puede obtener una carta de mi empleador
____ Me pagan en efectivo ____ No recibo ingresos
____ No recibo cheques ni talones de pago

***** Si su ingreso anual no coincide con sus documentos, por favor, explique por qué:**

____ Estoy empleado por sólo una parte del año (explicar por favor): _____
____ Mis ingresos cambia de mes a mes (explicar por favor): _____
____ Otro razón (explicar por favor): _____

Certifico que he provisto toda la información acerca de mis ingresos y que toda la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta. Entiendo que esta información es necesaria para cumplir con fines de información sobre subvenciones y que se utilizará para determinar elegibilidad para la Escala Variable de Tarifas Basada en los Ingresos en Callen-Lorde si no tengo seguro. Entiendo también que si he tergiversado intencionalmente mis ingresos, se me solicitará que devuelva todos los descuentos que me han otorgado, y que podré perder la elegibilidad para descuentos en el futuro. Entiendo que la información falsa también podrá ocasionar que me expulsen de Callen-Lorde.

Es posible que deba reunirse con un Registrador Facilitado para determinar la elegibilidad antes de recibir un descuento para algunos servicios.

____ **Me niego a proporcionar la información referida a mis ingresos.** Entiendo que esta (inicial) decision puede afectar mi capacidad de recibir posibles descuentos de la escala variable por los servicios que recibo en Callen-Lorde.

Firma _____ Fecha _____

Para aplicar estos ingresos a las fechas de servicio anteriores, la fecha efectiva es:
