

# **CalLEN-LORDE**

## **FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

NUMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Nombre legal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Pronombres: (indique los que quiera que usen)

\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Las opciones para algunas de estas preguntas las presentaron nuestros financiadores; elija la respuesta que mejor se ajuste. Gracias.

Identidad de género:

- Mujer
- Hombre
- Mujer transgénero/de hombre a mujer
- Hombre transgénero/de mujer a hombre
- No binario/género queer
- En cuestionamiento
- Dos espíritus
- Prefiero no decir
- Otra \_\_\_\_\_

Orientación sexual:

- Gay
- Lesbiana
- Bisexual
- Queer
- Heterosexual
- Pansexual
- Omnisexual
- Asexual
- No lo sé
- Prefiero no decir
- Otra \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer

- Mujer
- Hombre
- Sin registrar en el certificado de nacimiento
- Intersexual

Raza: (Seleccione todas las que correspondan)

- Nativo de Alaska
- Indio americano
- Asiático
- Negro/afroamericano
- Nativo de Hawái
- De otras islas del pacífico
- Blanco
- Prefiero no decir

¿Se identifica como hispano/latino?

- Sí
- No

Antecedentes étnicos: \_\_\_\_\_

(p.ej., chino, dominicano, persa, ruso)

### Estado de vivienda:

- No está sin casa
- Actualmente no estoy sin casa, estuvo sin techo los últimos 12 meses
- Vive en refugio
- Vive con otros
- Calle, campamento, puente
- Vivienda de transición
- Veterano en riesgo de quedarse sin casa
- En riesgo de quedarse sin casa
- Niño en riesgo de quedarse sin casa
- Sin casa, en refugio desconocido
- Vivienda de apoyo permanente
- Estancia sencilla de hotel

### Estado de veterano/militar:

- Sin experiencia previa
- Veterano
- Servicio activo
- Servicio inactivo
- Reservista

Estado de trabajador migrante:

- Migrante
- Estacional
- No es un trabajador migrante

## **CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DEL SEGURO**

\*Entregue las tarjetas en la recepción\*

- No tengo seguro

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta del seguro: \_\_\_\_\_

Sexo en el plan de seguro: \_\_\_\_\_

- Hombre
- Mujer
- X
- No binario
- Desconocido

## INGRESOS

Total de ingresos anuales \$ \_\_\_\_\_

Número de personas a cargo (incluirse a sí mismo) \_\_\_\_\_

Marque los documentos financieros que está entregando:

- Talonario de pago
- Formulario de impuestos
- Carta de desempleo
- Carta de empleo
- Estado de cuenta bancario
- No tengo documentación hoy
- Otro \_\_\_\_\_

**Me niego a dar cualquier información sobre ingresos.  
Entiendo que esta decisión puede afectar a mi  
capacidad para recibir descuentos de escala variable  
por servicios.**

Inicial aquí \_\_\_\_\_

Certifico que presenté toda la información de mis ingresos y que toda la información de arriba es verdadera y correcta. Entiendo que esta información es necesaria para cumplir los propósitos de reportes de subvención y se utilizará para determinar la elegibilidad para la escala variable de tarifas basada en ingresos en Callen-Lorde si no tengo seguro. También entiendo que si intencionalmente falsifiqué mis ingresos, se me pedirá que reembolse los descuentos que me dieron y podría perder mi elegibilidad para descuentos en el futuro. Entiendo que la información falsa también puede dar lugar a la baja de Callen-Lorde.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Escriba su inicial \_\_\_\_\_

Busco voluntariamente atención y tratamiento médico en Callen-Lorde Community Health Center (Callen-Lorde) y doy permiso al personal médico, mental y médico oral de Callen-Lorde para que me examinen, hagan diagnósticos y me den tratamiento según la información, explicaciones y recomendaciones que me den.

## **CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR:**

Escriba su inicial \_\_\_\_\_

Si no tengo seguro médico, entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos y que planearé pagar o se me facturará cualquier saldo pendiente de acuerdo con la Política Financiera del Paciente de Callen-Lorde.

Si se acepta mi seguro, autorizo el pago de los beneficios a Callen-Lorde o reembolsaré a Callen-Lorde si mi compañía me paga directamente. Entiendo que mi seguro puede no cubrir todos los cargos que Callen-Lorde considere médicamente necesarios y que soy responsable de lo que mi seguro no cubra y se me facturará directamente por esos servicios.

Por la presente autorizo a Callen-Lorde a dar información sobre mi enfermedad y tratamiento a mis compañías de seguro de acuerdo con su política de privacidad.

Se me informó de que cualquier prueba (pruebas de sangre y otros especímenes) que se envíe a un laboratorio externo tendrá cargos adicionales que se le facturarán a mi compañía de seguro o se me facturarán directamente a mí por el laboratorio.

## **CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN:**

Para servir mejor a nuestros pacientes, Callen-Lorde hace estudios de investigación con regularidad sobre la atención médica, las disparidades médicas y las posibles intervenciones médicas. Elija una de las siguientes opciones siguientes; la elección que haga NO afectará a su capacidad de obtener servicios de atención médica en Callen-Lorde.

### **Escriba su inicial en uno:**

**DOY CONSENTIMIENTO** para que Callen-Lorde se comunique conmigo (incluyendo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico) sobre estudios de investigación. (Elegir esto no lo inscribe en ningún estudio y usted puede revocar su consentimiento para que se comuniquen con usted en cualquier momento).

**NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que Callen-Lorde se comunique conmigo sobre estudios de investigación.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

Recibí una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Callen-Lorde

Escriba su inicial \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE DE HIPAA:**

Reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de Callen-Lorde.

Escriba su inicial \_\_\_\_\_

**Esta firma reconoce todo lo de arriba que tiene una inicial. Sé que Callen-Lorde puede o no comunicarse conmigo según la elección de consentimiento que se indica arriba sobre los estudios de investigación para los que puedo ser elegible.**

Nombre del paciente (en letra de molde):

\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Si esta página la firmó un representante personal, complete la siguiente información:**

Nombre del representante personal (en letra de molde):

\_\_\_\_\_

Firma del representante personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Autoridad del representante personal para firmar en nombre del paciente (marque uno):

Padre/madre

Tutor

Poder Notarial

Otra: \_\_\_\_\_