

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: <small>Indique los que quiera que usen</small>				Correo electrónico:
Las opciones para algunas de estas preguntas las presentaron nuestros financiadores; elija la respuesta que mejor se ajuste. Gracias.				
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/de hombre a mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/de mujer a hombre <input type="checkbox"/> No binario/género queer <input type="checkbox"/> En cuestionamiento <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Otra _____	Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Sin registrar en el certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Intersexual Raza: (Seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> De otras islas del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	Estado de vivienda: <input type="checkbox"/> No está sin casa <input type="checkbox"/> Actualmente no está sin casa, estuvo sin techo los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Vive en refugio <input type="checkbox"/> Vive con otros <input type="checkbox"/> Calle, campamento, puente <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Veterano en riesgo de quedarse sin casa <input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin casa <input type="checkbox"/> Niño en riesgo de quedarse sin casa <input type="checkbox"/> Sin casa, en refugio desconocido <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Estancia sencilla de hotel		
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Otra _____	¿Se identifica como hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado de veterano/militar: <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Servicio inactivo <input type="checkbox"/> Reservista		
	Antecedentes étnicos: (p.ej., chino, dominicano, persa, ruso)	Estado de trabajador migrante: <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> No es un trabajador migrante		
CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre del contacto de emergencia:			Teléfono del contacto de emergencia:	
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
<small>*Entregue las tarjetas en la recepción* <input type="checkbox"/> No tengo seguro</small>				
Compañía de seguro:	Número de póliza:	Número de grupo:		
Nombre en la tarjeta del seguro:	Sexo en el plan de seguro:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> X
		<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Desconocido	
INGRESOS				
Total de ingresos anuales \$: _____		Número de personas a cargo (incluirse a sí mismo): _____		
Marque los documentos financieros que está entregando:				
<input type="checkbox"/> Talonario de pago	<input type="checkbox"/> Carta de desempleo	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancario	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Formulario de impuestos	<input type="checkbox"/> Carta de empleo	<input type="checkbox"/> No tengo documentación hoy		
<i>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.</i>				
				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

Escriba su inicial

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

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.

Escriba su inicial

CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR:

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
o

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.

Escriba su inicial

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.

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 Padre/madre Tutor Poder Notarial Otra:
(marque uno):