

DATOS DEL PACIENTE

Apellido legal:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Fecha de hoy: / /
Nombre por elección (si es diferente):			No. de Seguro Social: — —
Dirección de facturas:		Apartamento:	Teléfono Celular: ()
Ciudad:	Estado:	C.P.:	Which is your primary contact number? <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
¿Necesita servicio de interpretación de idiomas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, idioma: _____			Teléfono de Casa: ()
			Teléfono de Trabajo: ()

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.

Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Algo Diferente <input type="checkbox"/> No contesta	Raza: <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./ de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii <input type="checkbox"/> De Otras Islas del Pacíf <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> No contesta	Migrant Worker? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿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 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
Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculina/Hombre <input type="checkbox"/> Femenina/Mujer <input type="checkbox"/> Transexual Hombre <input type="checkbox"/> Transexual Mujer <input type="checkbox"/> Genderqueer/No definida <input type="checkbox"/> Algo Diferente <input type="checkbox"/> No contesta		¿Es Veterano de Guerra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

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

Por favor, seleccione el enunciado que mejor describa su condición de Atención Médica Primaria:

Estoy aquí para realizarme un examen físico o para establecer una relación con mi médico de atención primaria.

Tengo un médico de atención primaria fuera de Callen-Lorde y deseo continuar atendiéndome con ese médico.

Actualmente no tengo un médico de atención primaria y no estoy aquí para relacionarme con uno.

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"/> Self <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Partner	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.

X _____ / /
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**

**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

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

Por favor, complete la siguiente información para documentar sus ingresos brutos:

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
- ___ Formulario de impuestos sobre la nómina
- ___ Extracto bancario
- ___ Declaración de desempleo
- ___ Otro (explicar por favor): _____

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

- ___ Me pagan en efectivo
- ___ No recibo cheques ni talones de pago
- ___ No puede obtener una carta de mi empleador
- ___ No recibo ingresos

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 decisión (Inicial) puede afectar mi capacidad de recibir posibles descuentos de la escala variable por los servicios que recibo en Callen-Lorde.

Firma _____ **Fecha** _____