

**DATOS DEL PACIENTE**

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

<b>Sexo asignado al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Orientación Sexual:</b> <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	<b>Raza:</b> <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	<b>Migrant Worker?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Es una persona sin hogar?</b> <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	<b>¿Cómo conoció a Callen-Lorde?</b> <input type="checkbox"/> Amigo/Paciente <input type="checkbox"/> Recomendación <input type="checkbox"/> Feria/ Presentación <input type="checkbox"/> 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
<b>Identidad de Género:</b> <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	<b>¿Es Veterano de Guerra?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Es Hispano?</b> <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*



**Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida**

**Datos del paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ SS No.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida:** Yo, el paciente u otra persona legalmente autorizada para actuar en nombre del paciente que firma al pie, entiendo y acepto que toda la información médica sobre el paciente mencionado arriba (“Información Médica Protegida”) pertenece al Centro de Salud Comunitario Callen-Lorde (Callen-Lorde). Autorizo el uso y la divulgación de dicha Información Médica Protegida como se describe en la *Notificación de Prácticas de Privacidad con respecto a la Información Médica Protegida* de Callen-Lorde. Se me ha entregado una copia de la *Notificación de Prácticas de Privacidad con respecto a la Información Médica Protegida*, la cual incluye una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones, y he tenido derecho a leer la *Notificación* antes de firmar este *Consentimiento*. Entiendo que Callen-Lorde se reserva el derecho de modificar su *Notificación* y sus prácticas, y que me entregarán una copia de la *Notificación* modificada a la brevedad posible. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre la forma de uso o divulgación de la Información Médica Protegida. Entiendo que Callen-Lorde no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas pero, si acepta alguna restricción solicitada, dicha restricción será vinculante para Callen-Lorde. Entiendo que tengo derecho a revocar este *Consentimiento* notificando a Callen-Lorde por escrito, a menos que Callen-Lorde ya hubiera realizado alguna acción basada en este *Consentimiento*.

Por la presente certifico que yo, el paciente u otra persona legalmente autorizada para actuar en nombre del paciente que firma al pie, he leído este *Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida*, comprendo su contenido y acepto sus términos. Acepto que este *Consentimiento* reemplace a las demás autorizaciones, consentimientos y otros permisos legales firmados por mí con respecto al uso y divulgación de la Información Médica Protegida cubierta por este *Consentimiento*, y eximo a Callen-Lorde y a sus prestadores médicos de toda responsabilidad en relación con el cumplimiento de este *Consentimiento*.

X

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Padre, Madre, Tutor u Otro Representante Legal Autorizado del Paciente

Aclaración de la firma del Representante del Paciente: \_\_\_\_\_

Capacidad legal para actuar en nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Representante del Paciente: \_\_\_\_\_

No. de teléfono del Representante del Paciente: \_\_\_\_\_

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

