

FORMULARIO DE REGISTRACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|--|
| NOMBRE COMPLETO | | | |
| #SS | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) | GENERO AL NACER <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| DOMICILIO | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| DOMICILIO DE ENVIÓ | CIUDAD DE ENVIÓ | ESTADO DE ENVIÓ | CÓDIGO POSTAL DE ENVIÓ |
| TELÉFONO DE CASA | TELÉFONO MÓVIL | TELÉFONO DE TRABAJO | |
| NOMBRE ANTERIOR/ADICIONAL (EJ: APELLIDO DE SOLTERA) | | ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V | |
| CORREO ELECTRÓNICO (NECESARIO PARA ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE) | | Empleador: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PRN | |
| FARMACIA <input type="checkbox"/> Farmacia de Health Ministries <input type="checkbox"/> Otra Farmacia (especifique): _____ | | | |
| RAZA | VIVIENDA ¿Está experimentando actualmente la falta de vivienda? | IDENTIDAD DE GÉNERO | |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Masculino | |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Femenino | |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | Si Es Sí: ¿Está utilizando alguno de los siguientes? | <input type="checkbox"/> Transgénero | |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> Refugió para Indigentes | <input type="checkbox"/> Elijo no Divulgar | |
| <input type="checkbox"/> Otro Isleño | <input type="checkbox"/> Transicional | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Con un familiar o otra persona | ¿VIVE EN VIVIENDA PÚBLICA? | |
| <i>(marque todo el que aplique)</i> | <input type="checkbox"/> En la calle | <input type="checkbox"/> Sí | |
| | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | <input type="checkbox"/> No | |
| SE IDENTIFICA COMO HISPANO/LATINO? | POPULACIÓN Es usted: | ORIENTACIÓN SEXUAL | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Veterano | <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay | |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola | <input type="checkbox"/> Heterosexual (atracción al sexo opuesto) | |
| LENGUAJE DE PREFERENCIA | <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante | <input type="checkbox"/> Bisexual | |
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Trabajador de Temporada | <input type="checkbox"/> No lo sé | |
| <input type="checkbox"/> Español | <i>(marque todo el que aplique)</i> | <input type="checkbox"/> Elijo no Divulgar | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | |
| <input type="checkbox"/> ¿Necesita Intérprete? | FAVOR DE COMPLETAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS | | |
| | Nombre de Madre | | |
| | Nombre del Padre | | |
| INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE <input type="checkbox"/> Marque si es igual que el paciente | | | |
| NOMBRE COMPLETO | | | |
| #SS | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) | | |
| DOMICILIO | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| TELÉFONO DE CASA | TELÉFONO MÓVIL | TELÉFONO DE TRABAJO | |
| CORREO ELECTRÓNICO | EMPLEADOR | | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA <input type="checkbox"/> Marque si es igual que Persona Responsable | | | |
| NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA | | #TELÉFONO | |
| Relación al Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: |
| NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA | #TELÉFONO | | |
| Relación al Paciente | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| NOMBRE COMPLETO: | | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) | | |
| AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN | | | | |
| ¿Si no está disponible, con quien nos podemos comunicar? (Marqué todo el que apliqué) | | | | |
| Yo autorizo a Health Ministries Clinic que comparta mi información de salud personal con la(s) siguientes persona(s). Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que en cuanto mi información sea divulgada, puede ser divulgada por el recipiente, y la información puede que no sea protegido por las leyes y regulaciones Federales de privacidad. Yo entiendo que este consentimiento estará efectivo hasta que sea cancelado por escrito. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Comunicarse Solo Conmigo | | ¿Si no está disponible le podemos dejar un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| NOMBRE: | RELACIÓN: | TELÉFONO: | <input type="checkbox"/> Infor. De Salud <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Citas <input type="checkbox"/> Todo | |
| NOMBRE: | RELACIÓN: | TELÉFONO: | <input type="checkbox"/> Infor. De Salud <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Citas <input type="checkbox"/> Todo | |
| NOMBRE: | RELACIÓN: | TELÉFONO: | <input type="checkbox"/> Infor. De Salud <input type="checkbox"/> Facturas <input type="checkbox"/> Citas <input type="checkbox"/> Todo | |
| INGRESO DEL HOGAR | | | | |
| La siguiente información es usada para determinar si califica para tarifas y descuentos con descuento. Esta información puede ser actualizada en cualquier momento. | | | | |
| ¿Tiene seguro? ¡Aún puede calificar para un descuento! | | | | |
| La escala de descuento puede aplicar para posibles descuentos en la farmacia, igual que citas médicas. | | | | |
| Número de Personas en el Hogar | Ingresos Anuales del Hogar | | | |
| | Escala A: \$25.00 | Escala B: \$30.00 | Escala C: \$35.00 | Escala D: \$40.00 |
| | No Califica: (>200% of PDP) | | | |
| 1 | <input type="checkbox"/> < \$12,490 | <input type="checkbox"/> \$12,491--\$18,735 | <input type="checkbox"/> \$18,736-\$21,858 | <input type="checkbox"/> \$21,859-\$24,980 <input type="checkbox"/> > \$24,987 |
| 2 | <input type="checkbox"/> < \$16,910 | <input type="checkbox"/> \$16,911-\$25,365 | <input type="checkbox"/> \$25,366-\$29,593 | <input type="checkbox"/> \$29,594-\$33,820 <input type="checkbox"/> > \$33,821 |
| 3 | <input type="checkbox"/> < \$21,330 | <input type="checkbox"/> \$24,331-\$31,995 | <input type="checkbox"/> \$31,996-\$37,328 | <input type="checkbox"/> \$37,329-\$42,660 <input type="checkbox"/> > \$42,661 |
| 4 | <input type="checkbox"/> < \$25,750 | <input type="checkbox"/> \$25,751-\$38,625 | <input type="checkbox"/> \$38,626-\$45,063 | <input type="checkbox"/> \$45,064-\$51,500 <input type="checkbox"/> > \$51,501 |
| 5 | <input type="checkbox"/> < \$30,170 | <input type="checkbox"/> \$30,171-\$45,255 | <input type="checkbox"/> \$45,256-\$52,798 | <input type="checkbox"/> \$52,799-\$60,340 <input type="checkbox"/> > \$60,341 |
| 6 | <input type="checkbox"/> < \$34,590 | <input type="checkbox"/> \$34,591-\$51,885 | <input type="checkbox"/> \$51,866-\$60,533 | <input type="checkbox"/> \$60,534-\$69,180 <input type="checkbox"/> > \$69,181 |
| 7 | <input type="checkbox"/> < \$39,010 | <input type="checkbox"/> \$39,011-\$58,515 | <input type="checkbox"/> \$58,516-\$68,268 | <input type="checkbox"/> \$68,269 - \$78,020 <input type="checkbox"/> > \$78,021 |
| 8 | <input type="checkbox"/> < 43,430 | <input type="checkbox"/> \$43,431-\$65,145 | <input type="checkbox"/> \$65,146-\$76,003 | <input type="checkbox"/> \$76,004 - \$86,860 <input type="checkbox"/> > \$86,861 |
| <input type="checkbox"/> Mas de 8 miembros en su hogar —Por favor pida por información adicional en el Mostrador del Frente | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO CALIFICO PARA LA ESCALA DE DESCUENTO, Y ESTOY EN O ARRIBA DEL 200% DE PAUTAS DE POBREZA (PDP) | | | | |
| <u>SOLO PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS</u> | | | | |
| Yo como padre/guardián legal del paciente menor de edad estoy de acuerdo de permitir a las siguientes personas y dar consentimiento de tratamiento del menor: | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) | RELACIÓN AL MENOR | | |
| NOMBRE COMPLETO | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) | RELACIÓN AL MENOR | | |
| NOMBRE COMPLETO | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) | RELACIÓN AL MENOR | | |
| ¿Como escucho de la Clínica de Health Ministries? | <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Redes Sociales | <input type="checkbox"/> Folleto |
| | <input type="checkbox"/> Anuncio de Radio | <input type="checkbox"/> Cartelera | <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Otro |

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): _____

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que Health Ministries Clinic (HMC) me ha dado el derecho de revisar y asegurar una copia del Aviso de Practicas de Privacidad, así como los siguientes documentos, que describe como mi información de salud puede ser usada o revelada, al igual que una descripción en completo del uso y revelación de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Yo entiendo que HMC reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso periódicamente, y que puedo contactar a Health Ministries Clinic a cualquier tiempo y obtener la copia más reciente de estos documentos. Yo entiendo si tengo alguna pregunta con respecto a alguno de estos documentos, puedo contactar a HMC.

Yo reconozco que Health Ministries Clinic (HMC) me ha dado el derecho de revisar y asegurar una copia de derechos y responsabilidades del paciente. Yo entiendo si tengo alguna pregunta con respecto a mis derechos, yo puedo contactar a Health Ministries Clinic.

Una copia en papel puede ser obtenida en el área de recepción.

- Acuerdo de Pago
- Reclamo de Aseguranza/Pacientes con Medicare
- Acuerdo de Asistencia
- Aviso de Practicas de Privacidad
- Derechos y Responsabilidades del Paciente

He respondido la información (mencionada anteriormente) a lo mejor de mi conocimiento y capacidad. Se me ha dado la oportunidad de revisar, y entiendo y acepto por completo todos los términos y pólizas indicadas anteriormente.

Paciente/Padre o Nombre de Guardian (LETRA)

Firma de Paciente/Padre o Nombre de Guardian

Fecha (MM/DD/AA)

Patient/Parent or Guardian refuses to Acknowledge Receipt of Privacy Practices:

HMC Staff Name (PRINT)

HMC Staff Signature

Date

This area is to **only** be filled out by a Health Ministries Staff member, if patient needed help filling out this form and patient or patient's legal representative is present.

HMC Staff Name (PRINT)

HMC Staff Signature

Date