

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Seguro Social
----------	--------	---------------------	---------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Número de Teléfono Primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de Teléfono Secundario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
-----------------------------	---	-------------------------------	---

Promesa le puede contactar para recordarle sus citas/o información clínica utilizando los siguientes métodos (marque todo el que aplique): <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto (Cargos de dato/mensajería pueden aplicar)	Email:
---	--------

Compañía de celular: Verizon iWireless/T-Mobile US Cellular AT&T Otro: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Idioma Principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Le gustaría un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza (Marque todo el que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena de Centroamérica <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro: _____	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino
---	--	--

Identidad de Género: Te refieres a ti mismo como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre/Transgénero/Hombre-Trans <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer/Transgénero/Mujer-Trans <input type="checkbox"/> Genderqueer, no exclusivamente mujer o hombre <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique: _____	Orientación Sexual: Piensas hacia ti mismo como: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No sé	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro	Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No estudiante	Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Sin empleo
---	--	--	--	--

Empleador	Código Postal	Ocupación	Estatus Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajador Agricultura Migratorio/Estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------	---------------	-----------	---	--

PERSONA RESPONSABLE (Persona que pague la cuenta, Marque aquí si es el paciente)

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento	Seguro Social
----------	--------	----------------	---------------------	---------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono	Celular
-----------	--------	--------	---------------	----------	---------

SEGURO DE SALUD

1.	Compañía de Seguro Médico	Tomador del Seguro	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	M/F	Empleador	Código Postal
----	---------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------	-----	-----------	---------------

2.	Compañía de Seguro Médico	Tomador del Seguro	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	M/F	Empleador	Código Postal
----	---------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------	-----	-----------	---------------

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA

Asignación de Beneficios del Seguro, Entrega de Información y Autorización de Tratamiento.
 Yo, el abajo firmante, autorizo mis beneficios del seguro se pague directamente al proveedor del Centro de Salud Comunitario Promesa para los servicios de procesamiento. Yo entiendo que soy financieramente responsable en última instancia de cualquier saldo adeudado por los cargos aprobados y cubiertos no pagados por el seguro. Por la presente autorizo a Clínica Promesa de liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios del seguro. Yo autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de reclamos de seguros. Entiendo que el pago se espera en el momento en que se provee el servicio. Una copia de esta es tan válida como el original.

Firma del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____
 Relación con el paciente: _____



Promise Community Health Center
Formulario de autorización de HIPAA

El Centro de Salud Comunitario Promesa (PCHC) ha tomado medidas para proteger toda la información médica privada de nuestros pacientes. PCHC no divulgará información a cualquier persona a menos que haya proporcionado la información solicitada a continuación. Los nombrados abajo serían otras personas aparte de los que están cubiertos bajo nuestra noticia de prácticas de privacidad.

Su información de salud protegida será utilizada por PCHC a o revelada a otros con el propósito de tratamiento, obtener el pago, o apoyo a las operaciones diarias de la atención de salud de práctica. Debe revisar el aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo su información de salud protegida puede ser usada o divulgada. Usted puede revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. También puede solicitar una copia del aviso de prácticas de privacidad para sus propios registros. Vea la recepcionista para recibir una copia.

Usted puede solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información de salud protegida. PCHC puede o no estar de acuerdo a restringir el uso o divulgación de su información de salud protegida. Si PCHC está de acuerdo a su solicitud, se aplicará la restricción a la práctica. Uso o divulgación de información en violación de un acuerdo de protección a la restricción será una violación de las normas federales de privacidad.

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y la divulgación de su información de salud protegida. Usted debe revocar el consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya ha ocurrido antes de la fecha en que reciba la revocación del consentimiento no se verán afectados. Por favor consulte a la recepcionista con preguntas antes de firmar este formulario de autorización.

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA			
Nombre del paciente: _____			
Si el paciente es menor de 18 años o tiene un guardian, nombre del guardian: _____			
Yo [paciente/guardian] estoy autorizando a la(s) persona o personas enumeradas a continuación para obtener información médica sobre el paciente. Entiendo que PCHC no es responsable por la información proporcionada cuando es recibida por la persona que he enumerado a continuación.			
<i>Fecha de nacimiento debe proporcionarse para que nuestra oficina pueda verificar que estamos hablando con la persona correcta.</i>			
Nombre	Relación	Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Teléfono	Fecha de nacimiento

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE	
He revisado este formulario de consentimiento y doy mi permiso al PCHC usar y divulgar mi información de salud en conformidad de las normas federales de privacidad.	
Entiendo que, en virtud de las leyes HIPAA, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida. Entiendo que esta información puede y será usado para: Tratamiento, pago, y servicios sanitarios. He recibido, leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que el Centro de Salud Comunitario Promesa tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactarme con ellos en cualquier momento para recibir una copia actual.	
Firma del paciente: _____	Fecha: _____
Si es tutor, relación con el paciente: _____	