

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre legal completo: _____
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Dirección: _____ número de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Estado civil: _____

Tel. celular: _____ Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Tenemos la obligación de solicitar la siguiente información para recibir financiamiento federal.

RAZA

- Indio americano/Alaskeño
- Asiático
- Negro/Afroamericano
- Nativo de Hawái
- Otro Isleño del Pacífico
- Blanco
- Otra / Más de una raza

ORIGEN ÉTNICO

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino
- Declinó reportar

SITUACIÓN DE VIVIENDA

- No sin hogar
- Albergue
- Calle
- Compartida
- De transición
- Otra

IDENTIDAD DE GÉNERO

- Hombre
- Mujer
- Hombre a mujer
- Mujer a hombre
- Género neutral
- Declinó especificar
- Otro

ORIENTACIÓN SEXUAL

- Heterosexual
- Gay, Lesbiana u homosexual
- Bisexual
- Otra cosa
- No sé
- Declinó especificar

SEXO AL NACER

- Masculino
- Femenino
- Desconocido
- Declinó especificar

¿Usted o alguna persona en su hogar ha trabajado en la agricultura, como sembrando, cultivando o cosechando productos agrícolas (frutas, verduras, granos o lácteos) en los últimos dos años? Sí No

¿Es usted un veterano? Sí No

PARTE RESPONSABLE FINANCIERAMENTE (si el paciente tiene menos de 18 años de edad)

Nombre legal completo: _____
Apellido Inicial segundo nombre Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel. casa: _____ Tel. Celular: _____ Tel. trabajo: _____

Relación con el paciente: _____ Correo electrónico: _____



INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El abajo firmante reconoce recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad para este centro de atención de salud. Una copia de este documento, firmada y fechada, tendrá la misma validez que el original. Por la presente autorizo la divulgación verbal de mi Información Médica Protegida para discutir mi atención, tratamiento, y/o pago a la persona o personas especificadas a continuación. (45CFR 164.502(F) & 164.502 (G))

Indique cualquier otra entidad que puede tener acceso a su información médica:

1.

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

2.

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

3.

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Health Partnership Clinic participa en la tecnología de información médica electrónica o HIT. Esta tecnología permite que un proveedor o plan médico haga una sola solicitud a través de una organización de información médica (HIO) para obtener de otros participantes de HIT, los expedientes electrónicos de un paciente específico, con fines de tratamiento, pago, u operaciones de atención de salud. HIOs está obligada a utilizar salvaguardias apropiadas para evitar el uso y las divulgaciones no autorizada. Usted tiene dos opciones con respecto a HIT. Primero, puede permitir que personas autorizadas tengan acceso a su información médica electrónica a través de un HIO. Si usted elige esta opción, no tiene que hacer nada.

Segundo, usted puede restringir el acceso a toda su información a través de un HIO (excepto cuando requerido por ley). Si usted desea restringir el acceso, usted debe presentar la información requerida ya sea en línea en <http://www.KanHIT.org>, o completando y enviando por correo un formulario. Este formulario está disponible en <http://www.KanHIT.org>. Usted no puede restringir el acceso a cierta información solamente; su opción es permitir o restringir el acceso a toda su información. Si tiene preguntas respecto a HIT o HIOs, por favor visite <http://www.KanHIT.org> para obtener mayor información.

CONFIDENCIALIDAD: Estoy al tanto de que la información referente a mi tratamiento es considerada confidencial y será usada de una manera consistente con el cuidado profesional apropiado y únicamente será publicada a otras fuentes bajo los estatutos o regulaciones legales estatales o federales que apliquen o cuando sea ordenado por una corte de jurisdicción competente.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Health Partnership Clinic (HPC) está dedicada a proporcionar atención de salud primaria, cuidado dental y servicios de salud mental. Ya que los problemas físicos y emocionales a menudo van de la mano, creemos que la mejor atención se brinda cuando los prestadores de atención de salud trabajan juntos. Los pacientes de HPC pueden ser referidos a proveedores de otras especialidades de atención de salud dentro del equipo de tratamiento de HPC. Los miembros del equipo de tratamiento compartirán información clínica entre sí, según sea clínicamente necesario.

Entiendo que mi proveedor(es) de cuidado médico pueden ofrecer consultas de telemedicina. Entiendo que hay un riesgo potencial a esta tecnología incluyendo interrupciones y dificultades técnicas. Entiendo que la tecnología de video conferencia será usada y puede afectar la consulta y no será lo mismo que una visita directa paciente/proveedor debido al hecho de que no estaré en el mismo cuarto que mi proveedor de cuidado médico.

Entiendo que HPC se reserva el derecho de limitar o retirar a cualquier persona que está teniendo acceso a los servicios de HPC. Dichas limitaciones pueden resultar por razones que incluyen, entre otras, no cancelar la cita con 24 horas de anticipación, mala conducta o comportamiento ofensivo, negativa a seguir el tratamiento médico recomendado, y fraude.

Entiendo que HPC está aprobada para capacitar a estudiantes. También entiendo que los estudiantes pueden observar o participar en la atención del paciente. Permito tal participación, a menos que notifique por escrito a HPC de lo contrario, con la condición de que el trabajo del estudiante estará bajo la supervisión de un instructor calificado o del personal de HPC.

Mientras yo sea un paciente de HPC, por la presente doy mi consentimiento para recibir atención y tratamiento, incluyendo entre otros, pruebas diagnósticas, pruebas terapéuticas y tratamientos tal como sea necesario o aconsejable por mi proveedor de salud, sus asociados o designados estimen necesarios o recomendables con base en sus conocimientos y mi estado de salud. Entiendo que no se me han dado garantías acerca de los resultados de esta atención de salud.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Acuerdo Financiero: Por la presente asigno a Health Partnership Clinic, todos y cada uno de los beneficios pagados por cualquier póliza de seguro que cubre al paciente o persona responsable de la atención de salud del paciente (incluyendo entre otros Medicare, Medicaid, pólizas de seguros comerciales, etc.) para que se paguen directamente a HPC y sean aplicados a los cargos por los servicios prestados. **Entiendo que soy responsable al momento de los servicios de los pagos de coseguro, deducible y/o cualquier saldo restante.** En el caso de que el plan médico o póliza de seguro requiera una certificación previa a dicho tratamiento, el paciente o agente tiene la responsabilidad de obtener dicha certificación previa.

Servicios adicionales proveídos a servicios originalmente agendados, pueden resultar en cargos mayores a los estimados.

Medicare/Medicaid: El paciente o agente afirma que la información proporcionada al solicitar el pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Medicare), las leyes de Medicaid estatales o cualquier otro programa federal o estatal del Título XVIII de la Ley de Seguro Social, es correcta y autoriza a HPC, o sus empleados o agentes a proporcionar información médica necesaria para tramitar un reclamo a cualquier agencia gubernamental o sus intermediarios o compañías de seguros. Por la presente se hace la solicitud para recibir el pago de los beneficios autorizados en nombre del paciente.

Servicios sin cobertura de Medicare/Medicaid: Entiendo que Medicare/Medicaid no paga por algunos servicios, yo soy completamente responsable del pago de este servicio.

Puede ser necesario restringir el acceso a pacientes que, después de agotarse todos los esfuerzos, no cumplen con sus responsabilidades financieras hacia HPC. Los archivos de los pacientes pueden ser marcados por esta razón y no se aceptarán citas en caso de incumplimiento constante del pago y será considerado para el despido de la clínica.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha