

REGISTRO DEL PACIENTE (COMPLETE AMBOS LADOS)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (por favor completo con pluma de tinta azul o negra)									
Fecha de Hoy		Apellido		Nombre		Inicial			
Fecha de Nacimiento		Número de Seguro Social	-	-		Sexo:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> T
Dirección						Apartamento/Unidad#			
Dirección de Correo Electrónico									
Ciudad			Estado		Código Postal				
Tel. de Casa		Tel de Empleo			Celular				
¿Podemos dejarle mensajes telefónicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es afirmativa - POR FAVOR CIRCULE CUAL ES EL MEJOR NÚMERO.									
Dirección de correo electrónico para uso en el Portal del Pacientes de PHC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Dirección de Correo Electrónico					
¿Está bien enviar información por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
Nombre del Padre o Tutor Legal			¿Parentesco?						
Responsabilidad de la Custodia		<input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Custodia Exclusiva <input type="checkbox"/> Otra (por favor explique _____)							
Genero sexual de nacimiento		Genero sexual actual		Orientación Sexual					
Raza (Por favor marque todas las que apliquen)		<input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano: Afiliación Tribal _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Me rehusó a declarar							
Etnicidad		<input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Me rehusó a declarar <input type="checkbox"/> Más de una raza				¿Idioma que habla/escribe?			
Estado Civil		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)							
Situación de Vivienda		<input type="checkbox"/> No Indigente <input type="checkbox"/> Comparto Vivienda ¿Ha estado sin hogar desde enero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Calle/Campamento <input type="checkbox"/> ¿Refugio para Indigentes este año? Fecha: _____							
Estado Militar		<input type="checkbox"/> Militar en servicio Activo <input type="checkbox"/> Militar Retirado <input type="checkbox"/> Veterano							
Estado de Empleo		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante TC <input type="checkbox"/> Estudiante, ¿A qué escuela que va? _____ <input type="checkbox"/> Estudiante MT							
Si trabaja en agricultura		<input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Trabaja todo el año							
Empleador			Oficio						
Farmacia de Preferencia									

CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre				Parentesco	
Número de Tel de Casa		Número de Celular		Ciudad/ Estado	
PROVEEDOR MÉDICO ACTUAL					
¿Tiene un proveedor de atención médica actual?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<i>Si, su respuesta es afirmativa – por favor enumere:</i>		
¿Tiene un Dentista?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<i>Si, su respuesta es afirmativa – por favor enumere:</i>		
SEGURO MÉDICO PRINCIPAL <i>(Se le pedirá que mostrar su tarjeta en la cita)</i>					
Nombre del Titular de la Póliza _____					
Nombre de la Compañía de Seguro _____ Póliza Comienzo Fecha: _____					
Póliza/Número de ID _____ Grupo/Número de Plan _____					
Dirección de Reclamos _____					
Ciudad _____ Estado _____ Código _____					
SEGURO MÉDICO SECUNDARIO – si es aplicable <i>(Se le pedirá que mostrar su tarjeta en la cita)</i>					
Nombre del Titular de la Póliza _____					
Nombre de la Compañía de Seguro _____ Póliza Comienzo Fecha: _____					
Póliza/Número de ID _____ Grupo/Número de Plan _____					
Dirección de Reclamos _____					
Ciudad _____ Estado _____ Código _____					

El Centro de Salud de Petaluma se dedica a asegurarse de que usted tenga acceso a nuestros servicios. Nuestro personal está disponible para ayudarle a saber si usted califica para una variedad de opciones de cobertura médica a bajo costo o programas de descuento. Estas opciones pueden incluir Medi-Cal, Covered California, o el programa de descuento basado en escala. En muchos casos, nuestro personal también puede ayudarle a determinar si es elegible para cobertura médica e ayudarle a inscribirse en cobertura médica. El Centro de Salud de Petaluma también ofrece un programa de descuento en escala basado en su ingreso y tamaño familiar. Como una organización sin fines de lucro, recibimos fondos del gobierno federal, lo que nos obliga a obtener información sobre el tamaño e ingreso familiar para determinar la elegibilidad para los programas de descuento. Toda la información que usted proporcione será confidencial. Si usted se niega a proporcionar información sobre el tamaño e ingreso familiar, usted podría no ser elegible para nuestro programa de descuento basado en escala.

Ingreso aproximado de hogar	\$	Número de personas en el hogar		Número de personas menor de 18 años de edad de las cual el paciente es responsable	
PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:	Date Entered		Staff Initials		

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD POR PHC

Nombre del Paciente		ID# o Fecha de Nacimiento	
---------------------	--	---------------------------	--

El Centro de Salud de Petaluma toma la privacidad de su información de salud muy en serio. Como una cortesía hacia usted, enviamos el cobro a su compañía de seguros y debemos compartir cierta información con la compañía de seguros con el fin de procesar las reclamaciones.

LOS PACIENTES DE MEDI-CAL

Las organizaciones de servicio calificadas (QSO) que se indican a continuación tienen contrato con el Estado de California para proporcionar servicios de salud a los miembros de Medi-Cal. Medi-Cal puede asignar a uno de los QSO para el manejo de sus servicios. Los QSO procesan las reclamaciones para los servicios dados por PHC. También se requiere que los QSO presenten la información sobre todas las reclamaciones pagadas o procesados a California Medi-Cal para fines de administración.

Autorizo a PHC de divulgar mi información de salud, incluyendo información relacionada con mi tratamiento para el alcohol y/o drogas, a uno de los QSO que se enumeran a continuación que se me ha asignado con el fin de que PHC someta solicitud de pago para el QSO y a otras organizaciones para la continuidad de la atención médica.

- Beacon Health
- Consultores Médicos
- Hospitales
- Partnership Health Plan

TODOS LOS OTROS PLANES DE SEGURO

Por la presente autorizo a PHC a divulgar información sobre mi salud, para consultar a otros proveedores de servicios médicos, hospitales y proveedores de atención primaria. Incluyendo información relacionada con mi tratamiento para el alcohol y/o drogas, a mi pagador de seguros con el propósito de que PHC presente las solicitudes de pago.

Doy mi consentimiento para compartir.

- Mi tratamiento no puede estar condicionado si no firmo este formulario.
- He recibido una copia de este documento firmado.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita a la PHC, excepto en la medida en que PHC o el QSO ya ha actuado en él.
- Esta autorización expirará en la fecha en que ya no soy miembro de Medi-Cal, de mi plan de salud o dos años a partir de la fecha de mi firma, lo que ocurra primero.

Firma de Asociado o Representante Legal		Fecha	
Imprima Nombre del Representante Legal (si corresponde)		Parentesco al Paciente	
Revocación: revoco mi autorización para la divulgación de la información de muerte súbita inexplicable (SUD, por sus siglas en inglés) a mis pagador(es).			
Firma de Asociado o Representante Legal		Fecha	

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CORREO ELECTRÓNICO O TEXTO CON RECORDATORIOS SOBRE SUS CITAS Y OTROS TIPOS DE COMUNICACIONES SOBRE LA SALUD

Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados a través de correo electrónico y/o mensajes de texto para recordarle sobre una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y para proporcionar recordatorios de salud/información en general. Si en cualquier momento proporcionó una dirección de correo electrónico o de texto en el que puedan contactarme, consiento de recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información sobre la salud en esa dirección de correo electrónico o de texto de la práctica médica. _____ **(Iniciales del paciente)** Mi consentimiento para recibir mensajes de texto de la práctica médica en mi teléfono celular y cualquier número desviado o transferido a ese número o mensajes de correo electrónico para recibir la comunicación como se ha indicado anteriormente. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios futuros de citas/encuestas sobre su experiencia en nuestro equipo de atención médica/información sobre la salud, a menos que solicite un cambio por escrito. Autorizo de recibir mensajes de texto para los recordatorios de citas, comentarios y recordatorios de información de salud en general al siguiente número de Teléfono Celular:

Número de Teléfono Celular	()	-			
<p>Autorizo de recibir mensajes de correo electrónico/texto para los recordatorios de citas y recordatorios de información de salud general/comentarios sobre su experiencia en nuestra práctica médica en el Portal del Paciente a la siguiente Dirección de Correo Electrónico:</p> <p>_____</p> <p>La práctica no cobra por este servicio, pero las tarifas de mensajería de texto estándar pueden aplicar lo previsto según su plan de servicio celular (contacte a su proveedor de servicio celular para obtener detalles sobre los precios).</p>					
Firma		Nombre (por favor imprima)		Fecha	

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRADO

Apellido		Nombre		Fecha De Nacimiento	
----------	--	--------	--	---------------------	--

Doy mi consentimiento para mi tratamiento, incluyendo pruebas de laboratorio, procedimientos médicos y receta medicamentos, según las indicaciones del personal del Centro de Petaluma y confirmo que se me ha dado suficiente información para tomar una decisión informada. De igual manera, entiendo que mi tratamiento tendrá una mayor probabilidad de éxito al participar en su diseño y cooperar de una manera plena con las recomendaciones médicas que se me den. También entiendo que puedo cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Finalmente, entiendo que para poder recibir el mejor cuidado médico, autorizo que mis proveedores médicos revisen mi historial de medicamentos con otros proveedores médicos que me hayan atendido, como hospitales o especialistas.

Firma del Paciente o Tutor Legal		Fecha	
Nombre del Paciente ((por favor imprima)			
Nombre del Tutor Legal (por favor imprima)			

POR FAVOR TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO

El personal del Centro de Petaluma dependerá de las declaraciones hechas por el paciente, el historial médico del paciente e otra información que esté disponible para así poder evaluar la condición del paciente y podamos determinar el mejor tratamiento médico.

Algunos de los servicios que ofrecemos el Centro de Salud de Petaluma son proveídos mediante equipos de telemedicina, los cuales implican la interacción con proveedores médicos que no estén físicamente en la clínica durante su visita. Estas sesiones se transmiten a través de líneas de comunicación de alta seguridad y de alta velocidad y no son grabadas por video ni son guardadas de ninguna forma. Sin embargo, la información que sea relevante a su visita será documentada en su expediente médico, al igual que si el proveedor medico hubiera estado presente.

Sus proveedores médicos hablaran con usted acerca de los beneficios y riesgos relacionados con el tratamiento. Si no está seguro(a) acerca de su tratamiento o sobre la protección de su información confidencial, por favor un duede en hacer preguntas en cualquier momento.

ACUERDO FINANCIERO (POR FAVOR LLENE AMBAS PÁGINAS)

Apellido		Nombre		Fecha De Nacimiento	
----------	--	--------	--	---------------------	--

Estamos dedicados a proveerle la mejor atención médica posible y de poder formar un equipo con usted para poder asegurarnos de que nuestros servicios de atención médica estén a su alcance. Con el fin de apoyar ambos objetivos, detallamos la responsabilidad financiera en este formulario. A continuación se presentan las reglas del Centro de Salud de Petaluma con respecto a la colección de información, la facturación de seguro médico y la responsabilidad financiera.

SEGURIDAD DE INFORMACIÓN

Reconocemos que muchos pacientes estén preocupados por la naturaleza sensible de la información que obtenemos. Puede estar seguro(a) de que tomamos todas las precauciones necesarias para mantener su información personal segura y utilizar esta información solo con los propósitos de brindarle nuestros servicios de atención médica, presentar reclamaciones a su compañía de seguro médico y para fines de identificarlo y comunicarnos con usted acerca de su atención médica. Estamos obligados de obtener información demográfica, la cual incluye su número de seguro social para propósitos de facturación de servicios.

PACIENTES CON SEGURO MÉDICO

Es su responsabilidad entender los beneficios y limitaciones de su cobertura médica. El Centro de Salud de Petaluma mantiene contratos con la mayoría de los planes de cobertura médica, acepta la asignación de beneficios de su seguro, y en muchos casos, presentamos reclamaciones ante su compañía de cobertura médica por usted. Si su cobertura médica requiere copagos, estos son requeridos al momento del servicio. Si su cobertura médica requiere co-seguro o deducibles, estos se le serán facturados en una fecha posterior, una vez que el seguro haya procesado su reclamo.

Asignación de Beneficios

Al firmar este documento, asignó por este medio todos los beneficios médicos para los cuales tengo derecho a PHC. Por otra parte, mi firma autoriza y dirige a que mi compañía (s) de seguro médico, incluyendo Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud/médico efectúe el pago directamente a PHC por los servicios brindados. Yo entiendo que soy responsable por los costos no cubiertos por mi seguro.

Divulgación de información

Yo doy mi autorización a que el Centro de Salud de Petaluma divulgue la información médica que sea necesaria para poder procesar la reclamación de pago a mi compañía cobertura médica.

Si no tenemos un contrato con su compañía de cobertura médica, como cortesía, el Centro de Salud de Petaluma presentara una reclamación a su compañía de cobertura médica por parte de usted, pero es posible de que su compañía no acepte la asignación de su reclamo. En estas circunstancias, su compañía de cobertura médica le pagara a usted por estos servicios directamente. A su vez, usted será responsable del pagarle directamente al Centro de Salud de Petaluma por los servicios que usted haya recibido dentro de 30 días de la fecha de su factura.

PROGRAMA DE DESCUENTO DE ESCALA

El objetivo del programa de descuento basado en escala del Centro de Salud de Petaluma es asegurar acceso a atención médica, especialmente para pacientes de bajos ingresos.

- Solo el tamaño e ingreso familiar se consideran al determinar su elegibilidad para el programa de descuentos basado en escala.
- No se requiere que usted solicite ni sea negado cobertura médica para poder ser elegible para el programa de descuento en escala.

Con el fin de determinar su elegibilidad para el programa de descuento basado en escala por favor traiga todos los siguientes documentos dentro de 7 días hábiles.

- Comprobante de ingresos: 2-4 talones de cheque, copias de su declaración de impuestos más reciente, una carta de verificación de ingresos del empleador, documentos que verifiquen otras fuentes de ingresos, como el desempleo y jubilación, SSI, pensión alimenticia, manutención de los hijos, etc.

Apellido		Nombre		Fecha De Nacimiento	
----------	--	--------	--	---------------------	--

- Si no trae su comprobante de impuestos a su cita, es posible estimar su ingreso familiar anual en bruto actual para determinar su elegibilidad para el programa de descuentos basado en escala temporalmente por un periodo de 7 días. Por favor traiga sus comprobantes de ingresos al centro de salud antes de que finalice el período de 7 días para permitir que hagamos una determinación final sobre su solicitud. Si no presenta sus comprobantes de ingresos, su cuenta tendrá un estatus de “pago privado” y no será elegible para el programa de descuentos en escala hasta que traiga sus comprobantes de ingresos.
- Si determinamos que usted califica para el programa de descuentos basado en escala, su elegibilidad para el programa será válida por un período de 12 meses. Después de los 12 meses, deberá aplicar de nuevo para el programa.

ESTADOS DE CUENTA

Como cortesía, PHC enviará estados de cuenta cada mes por cualquier saldo pendiente que debe por los servicios. Debido a los sistemas de facturación separados requeridos por la variedad de servicios prestados en nuestro centro, puede recibir estados de cuentas separados por diferentes tipos de servicios prestados en nuestras clínicas.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Usted es responsable de cualquier saldo adeudado, independientemente de la cobertura de seguro médico. En el caso de que cualquier estado de cuenta no se pague a tiempo, PHC tiene el derecho de cobrar estos saldos antes de programar cualquier cita futura.

ACUERDO DE PAGO

Al firmar a continuación usted reconoce su responsabilidad de pagar por los servicios prestados por PHC. También reconoce que se le puede cobrar por servicios múltiples en el mismo día si ha recibido tanto los servicios de atención primaria y de salud mental.

Para su comodidad aceptamos dinero en efectivo, cheques o tarjetas de crédito como medio de pago.

RECONOCIMIENTO:

He recibido, entendido y aceptado cumplir con lo anterior, ya que se relaciona con mis obligaciones financieras como paciente.

Firma del Paciente o Tutor Legal		Fecha	
Nombre del Paciente (por favor imprima)			
Nombre del Tutor Legal (por favor imprima)			

RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN RECIBIDA

Apellido		Nombre		Fecha De Nacimiento	
----------	--	--------	--	---------------------	--

PHC CONFIRMACIÓN ESCRITA DE LA DISPONIBILIDAD DE LA NOTIFICACIÓN PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD

AVISO DE INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD

PHC respalda, apoya y participa en el Intercambio de Información Electrónica de la Salud (HIE, por sus siglas en inglés) como un medio para mejorar la calidad de su salud y su experiencia. HIE nos proporciona una manera de compartir de forma segura y eficiente (en su caso) la información clínica electrónicamente con otros médicos y profesionales de la salud que participan en la red HIE. El uso de HIE ayuda a todos sus proveedores de atención médica a través información de manera más eficaz y le proporcionen mejor atención médica. La red HIE a compartir de la Coalición de Salud de la Comunidad de Redwood también permite al personal médico de emergencia y otros proveedores que lo/la atienden a que tengan acceso inmediato a los datos médicos disponibles sobre usted que pueden ser críticos para su cuidado médico. El tener su información de salud a la disposición de sus proveedores de atención médica a través de la HIE también puede ayudar a reducir sus costos mediante la eliminación de la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. La información con respecto al tratamiento por el uso drogas y alcohol no está disponible, excepto en casos de emergencia. Sin embargo, usted puede optar por excluirse de participar en HIE de PHC, o cancelar su opción de exclusión en cualquier momento.

NOTIFICACION DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PHC se adhiere a todas las regulaciones estatales y federales que se aplican al acceso, protección, divulgación y uso de su información de salud contenida en nuestros registros. El aviso de prácticas de privacidad PHC le proporciona los detalles asociados con la forma como PHC administrará esta información sobre usted que está protegida y está disponible solicitando una copia impresa en cualquiera de las ubicaciones de las clínicas.

Entiendo que mis registros están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de Alcohol y Abuso de Drogas de registros de pacientes 42 CFR Parte 2 y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se indique lo contrario en la regulación. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en dependencia de ella.

La siguiente información también está disponible. Se puede solicitar en cualquiera de las ubicaciones de las clínicas.

Aviso de Póliza de Citas
Póliza de Derechos del Paciente de Quejas Médicas
Responsabilidades De Directivas Anticipadas

Aviso de Prácticas de Privacidad
Derechos y Responsabilidades del Paciente

Nuestro personal está disponible para ayudarle en este proceso si es necesario. Tenga en cuenta que al firmar, usted confirma que ha leído y tiene acceso a los documentos anteriores.

Firma del Paciente o Tutor Legal		Fecha	
Nombre del Paciente (por favor imprima)			
Nombre del Tutor Legal (por favor imprima)			