



Fecha de hoy: ____/____/____

información del Paciente					
Por favor use el nombre legal completo					
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo nombre	Nombre Preferido	Fecha de Nacimiento	
Dirección de Casa		Ciudad	Estado	código postal	
Numero de teléfono principal #		Numero de Celular #	Manera de Contacto preferido <i>(marque todo los que correspondan)</i>		
Dirección de Correo electrónico: escribe abajo o marque el opción que corresponda)		Numero de Seguro Social		Genero de Nacimiento: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M Identidad de género: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> hombre transgénero <input type="checkbox"/> mujer transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Deseo no contestar Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Deseo no contestar	
		<input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> de Celular <input type="checkbox"/> del trabajo <input type="checkbox"/> por mensaje de texto <input type="checkbox"/> correo electrónico <input type="checkbox"/> otro			
Nombre y dirección del Trabajo			Numero de teléfono del Trabajo #		
Contacto de Emergencia		Numero De teléfono de Contacto #	relación de contacto de emergencia con el paciente		
Nombre y número de teléfono de Médico de atención Primaria			Nombre y teléfono de Farmacia #		

ESTADO MATRIMONIAL: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Parejo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Legalmente Separado/a <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Deseo no contestar		IDIOMA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro _____	RAZA: (SELECCIONAR TODOS QUE APLICAN) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco/americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> isleño de Pacifico <input type="checkbox"/> Deseo no contestar <input type="checkbox"/> Otro _____
ÉTNICA <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispanico/Latino <input type="checkbox"/> Deseo no contestar		ESTADO DE EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> servicio activo <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> estudiante a tiempo parcial	
ERES UN VETERANO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ESTADO DE VIVIENDA: <input type="checkbox"/> dueño/estas rentando <input type="checkbox"/> No tengo vivienda permanente <i>(sin hogar)</i> ** Si no tiene viviente permanente, donde se queda hoy? <input type="checkbox"/> la calle <input type="checkbox"/> en casa ajeno <input type="checkbox"/> en un lugar al orto <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro	ESTADO DE TRANSPORTE: Usted tiene transporte confiable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ** He usado transporte publico en los ultimos 6 meses? <input type="checkbox"/> OATS <input type="checkbox"/> WILS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno	
A RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO DE UN HOSPITAL O A SIDO ALGUNA VEZ ADMITIDO AL HOSPITAL DESDE LA ÚLTIMA VISITA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ** Si pone que si, refirieron a nosotros el hospital? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre de Hospital: _____		CONTACTO SOBRE COBERTURA DE SERVICIOS MEDICOS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿TIENE DIRECTIVA ANTICIPADA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		TRABAJADOR DE TEMPORADA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	TRABAJADOR IMIGRANTE: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
PERMISO A LOS PROVEEDORES PARA PODER INTERCAMBIAR REGISTROS CON SUS OTROS PROVEEDORES PARA CONTINUAD DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> mandar y recibir <input type="checkbox"/> solo mandar <input type="checkbox"/> solo Recibir <input type="checkbox"/> Decide cancelar			
¿CUÁL ES EL INGRESO ANUAL DE SU HOGAR? _____		CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA? _____	

La siguiente información es solicitada por el gobierno Federal a fin de vigilar el cumplimiento de las leyes Federales que prohíben la discriminación contra los usuarios de los Centros Comunitarios de Salud de Live Well (LWCHC-todas las ubicaciones). No esta obligado a proporcionar esta información, pero se le alienta a hacerlo. Esta información no se usará para discriminar en contra de usted de ninguna manera, ni se divulgará, excepto en forma agregada.



Persona Responsable para hacer el pago

(si es diferente del paciente)

Apellido	Primer Nombre	Inicial de segundo nombre	relación con paciente
Dirección de Casa*		ciudad	estado
Numero de teléfono de casa #	Numero de celular #	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Nombre del Trabajo	Direccion del trabajo		Numero de teléfono del trabajo #

Seguro Medico Principal

Nombre de plan	Numero de ID o número de miembro #	Numero de Grupo #	Fecha Efectiva
dirección de reclamos de seguro (calle, ciudad, estado, cogido postal)			Numero de teléfono de seguridad #
Nombre del asegurado Primaria	Numero de Seguro Social de Seguridad #	Fecha de Nacimiento de Seguridad	relación de Paciente
Nombre del Trabajo	dirección de Trabajo		Número de teléfono del trabajo ##

Seguro Dental Principal

Nombre de plan	Numero de ID o número de miembro #	Numero de Grupo #	Fecha Efectiva
dirección de reclamos del seguro (calle, ciudad, estado, cogido postal)			Numero de telefono de seguridad#
Nombre del asegurado Primaria	Numero de Seguro Social del asegurado primaria #	Fecha de nacimiento del asegurado primaria	Relacion con paciente
Nombre del Trabajo	dirección del Trabajo		Numero de teléfono del trabajo #

Seguro Secundario

Medica Dental

Nombre de plan	Numero de ID o número de miembro #	Numero de Grupo #	Fecha Efectiva
dirección de reclamos del seguro (calle, ciudad, estado, cogido postal)			Numero de teléfono de seguridad #
Nombre del asegurado Primaria	Numero de Seguro Social del asegurado primaria	Fecha de nacimiento del Asegurado	Relacion con paciente
Nombre del Trabajo	dirección del Trabajo		Numero de teléfono del trabajo #



Centro responsable por la atención del paciente (si es diferente del paciente)		
Nombre del Centro	Numero de teléfono de negocios #	
dirección del Centro	estado	Código postal

NOTA: ESTAS AUTORIZACIONES DEBEN SER COMPLETADAS Y RUBRICADAS POR UN PADRE, GUARDIAN LEGAL O PERSONA QUE REPRESENTA LA CUSTODIA LEGAL ANTES DE QUE EL NINO SEA TRATADO POR NUESTROS PROVEEDORES. LA POLIZA DE LWCHC EN TODOS ADELANTO LA APROPIADA Y ESPECIFICA AUTORIZACION DE LOS PADRES, GUARDIAN O CUSTODIO LEGAL.

información de guardián legal (si es diferente del paciente)			
Apellido	Primer Nombre	Inicial de Segundo Nombre	Relacion con paciente
dirección de Casa	cuidad	estado	código postal
Numero de teléfono de casa #	Numero de celular #	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Nombre del trabajo	dirección del Trabajo		Numero de teléfono del trabajo #

información de guardián legal (si es diferente del paciente)			
Apellido	Primer Nombre	Inicial de Segundo Nombre	Relacion con paciente
dirección de Casa	cuidad	estado	código postal
Numero de teléfono de casa #	Numero de celular #	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Nombre del trabajo	dirección del Trabajo		Numero de telefono del trabajo #

papelería de tutela dado a HCC/LWCHC cuando sea aplicable

ASIGNACION DE SEGURO-MEDICARE/MEDICAID/BENEFICIOS MEDIGAP/DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA:

Por la presente autorizo el pago directamente a HCC/Live Well Community Health Centers para los beneficios medicos y/o quirúrgicos por cualquier servicio proporcionado a mi o a mis dependientes. Por la presente autorizo a HCC/LWCHC a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examinación o tratamiento necesario para establecer un pago de reclamo de seguro de salud. Entiendo que ocasionalmente mi compañía de seguros negara el pago por servicios que mi medico y/o yo consideremos necesarios para mi buena salud. Por favor tenga en cuenta que los pacientes que pagan por cuenta propia o por escala móvil pueden incurrir cargos adicionales fuera de los costos de visitas al consultorio.



Estoy de acuerdo en pagar por dichos servicios de manera pronta y puntual. Por la presente autorizo a los proveedores de HCC/LWCHC a recetar tratamientos, administrar medicamentos y realizar los procedimientos y pruebas que puedan considerarse aconsejables o necesarios en mi diagnóstico o el de mis dependientes. Autorizo a HCC/LWCHC a divulgar información a: _____ Inicial

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION:

Por la presenta HCC/LWCHC para divulgar información a los siguientes listados abajo: _____ Inicial

Nombre	Numero de teléfono	Relacion	Contacto de Emergencias	HIPAA
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

AUTORIZACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO DEL HISTORIAL MÉDICO COMPARTIDO DENTRO DE HCC/LWCHC:

Entiendo que mis historiales médicos, dentales y de salud del comportamiento serán compartidos por las entidades anteriormente mencionadas cuando sea medicamente necesario, según la necesidad de conocimiento. _____ Inicial

AVISO HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Reconozco que HCC/LWCHC ha puesto a mi disposición el AVISO HIPAA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD. _____ Inicial

AUTORIZACIÓN A PROPORCIONAR SERVICIOS MÉDICOS Y DE CIUDAD DE SALUD:

Por la presente, autorizo a HCC/LWCHC a proporcionar servicios de exámenes médicos, servicios inmunológicos y servicios médicos/de salud de rutina que se consideren normales y necesarios; para asegurar y consentir a la atención médica, quirúrgica, dental, psiquiátrica que un médico licenciado, enfermero o proveedor de salud mental considere necesario. _____ Inicial

PÓLIZA DE CITAS:

HCC/LWCHC requiere al menos 24 horas de aviso de los pacientes que necesitan cancelar o cambiar la hora de la cita. Se considera que un paciente no se presenta si llega 15 minutos tarde a su cita programada. Es a discreción del director de la clínica o del Proveedor si el paciente será reprogramado o si se puede acomodar al paciente en el horario. Debido a la gran demanda de citas después de la escuela (a las 3:00 PM o después), si un miembro de mi familia tiene una cita perdida, rota o si no se presenta”, es posible que ya no pueda programar citas después de la escuela para los miembros de mi familia.

Como paciente de la clínica, y yo y mis dependientes estamos de acuerdo en:

1. Llegar temprano o puntualmente a todas las citas programadas.
2. Mantener la clínica informada de los cambios en mi información de contacto.
3. Acepto que, si no me presento para 3 visitas dentro de 6 meses, se me colocara en estado restringido. Eso quiere decir que usted puede presentarse como “paciente sin cita” y trataremos de incluirlo en el horario, pero no podrá programar una cita.
4. Si no me presento para una cita, tendré una “cita perdida”. Si no aviso por lo menos 24 horas antes de la cita, para cancelar o para cambiar la hora de la cita o si me pide que cambie la hora de la cita por que llego tarde, tendrá una “cita rota”.
5. Debido a la demanda alta para citas en la tarde, si un miembro de la familia tiene citas que “no se presentó” durante estos momentos, puede ser que no es posible para hacer una cita en la tarde para mi familia. _____ Inicial

SI SOY INCAPAZ DE TRAER MIS HIJOS (AS) A UNA CITA, LE DOY PERMISO A _____ A TRAER A MIS HIJOS (AS).

FIRMA DE PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE: _____ FECHA: _____

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE (por favor de escribir claramente): _____



- Quisiera aplicar por la escala de costos móvil. Al marcar esta caja es estar en acuerdo en completar más información para la escala de costos móvil.