

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

UBICACIÓN: RIVERSIDE SAFE HARBOR PEARL STREET SOUTH END CHAMPLAIN ISLANDS GOOD HEALTH WINOOSKI ESSEX

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE (RELLENE TODO EL FORMULARIO SOLO CON BOLÍGRAFO NEGRO O AZUL)

APELLIDO				NOMBRE				INICIAL DEL 2.º NOMBRE				NOMBRE ELEGIDO (SI CORRESPONDE)					
DIRECCIÓN				CIUDAD				ESTADO				CÓDIGO POSTAL					
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN FÍSICA)																	
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL						FECHA DE NACIMIENTO						PRONOMBRES					
TELÉFONO CELULAR						TELÉFONO DE TRABAJO						TELÉFONO PARTICULAR					
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO										MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO							
										<input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> MENSAJE DE TEXTO <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> PORTAL DEL PACIENTE							
SEXO AL NACER			GÉNERO ACTUAL			IDENTIDAD DE GÉNERO						ORIENTACIÓN SEXUAL					
<input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO			<input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO			<input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANS (DE MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> MUJER TRANS (DE HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> GÉNERO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PREFIERO NO DIVULGARLO						<input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIANA, GAY U HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> ALGO MÁS <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> PREFIERO NO DIVULGARLO					
IDIOMA PRINCIPAL								¿NECESITA SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN?									
								<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
ESTADO CIVIL						¿ES USTED VETERANO DE LOS EE. UU.?				¿ES USTED TRABAJADOR AGRÍCOLA?							
<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> EN UNA UNIÓN CIVIL						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MIGRANTE <input type="checkbox"/> DE TEMPORADA							
SITUACIÓN DE VIVIENDA																	
¿SE ENCUENTRA SIN VIVIENDA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO																	
SI NO TIENE HOGAR, SE ENCUENTRA USTED EN: <input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO COMPARTIDO (VIVIENDO CON OTRAS PERSONAS) <input type="checkbox"/> REFUGIO <input type="checkbox"/> EN LA CALLE <input type="checkbox"/> VIVIENDA TRANSITORIA <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO																	
RAZA (SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)																	
ASIÁTICO		NATIVO DE HAWÁI O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO				NEGRO O AFRICANO AMERICANO				INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA				BLANCO		PREFIERO NO DIVULGARLO	
<input type="checkbox"/> CHINO <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> INDIO ASIÁTICO <input type="checkbox"/> COREANO <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> JAPONÉS <input type="checkbox"/> OTRAS ETNIAS		<input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI <input type="checkbox"/> OTRO ISLEÑOS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> GUAMEÑO O CHAMORRO <input type="checkbox"/> SAMOANO				<input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO				<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA				<input type="checkbox"/> BLANCO		<input type="checkbox"/> PREFIERO NO DIVULGARLO	
ASIÁTICAS																	
DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL						NO SOY DE ORIGEN HISPANO, LATINO NI ESPAÑOL						PREFIERO NO DIVULGARLO					
<input type="checkbox"/> MEXICANO <input type="checkbox"/> MEXICANO AMERICANO <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO <input type="checkbox"/> CUBANO <input type="checkbox"/> DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL <input type="checkbox"/> DE OTRO ORIGEN HISPANO, LATINO Y ESPAÑOL						<input type="checkbox"/> NO SOY DE ORIGEN HISPANO, LATINO NI ESPAÑOL						<input type="checkbox"/> PREFIERO NO DIVULGARLO					

RANGO DE INGRESOS ANUALES DEL HOGAR SEGÚN EL TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR

1	\$0 a \$15,960	\$15,961 a \$23,940	\$23,941 a \$31,920	\$31,921 o más
2	\$0 a \$21,640	\$21,641 a \$32,460	\$32,461 a \$43,280	\$43,281 o más
3	\$0 a \$27,320	\$27,321 a \$40,980	\$40,981 a \$54,640	\$54,641 o más
4	\$0 a \$33,000	\$33,001 a \$49,500	\$49,501 a \$66,000	\$66,001 o más
5	\$0 a \$38,680	\$38,681 a \$58,020	\$58,021 a \$77,360	\$77,361 o más
6	\$0 a \$44,360	\$44,361 a \$66,540	\$66,541 a \$88,720	\$88,721 o más
7	\$0 a \$50,040	\$50,041 a \$75,060	\$75,061 a \$100,080	\$100,081 o más
8	\$0 a \$55,720	\$55,721 a \$83,580	\$83,581 a \$111,440	\$111,441 o más
9	\$0 a \$61,400	\$61,401 a \$92,100	\$92,101 a \$122,800	\$122,801 o más
10	\$0 a \$67,080	\$67,081 a \$100,620	\$100,621 a \$134,160	\$134,161 o más
*	<i>*AÑADIR \$5,680 POR CADA MIEMBRO FAMILIAR ADICIONAL</i>	<i>*AÑADIR \$8,520 POR CADA MIEMBRO FAMILIAR ADICIONAL</i>	<i>*AÑADIR \$11,360 POR CADA MIEMBRO FAMILIAR ADICIONAL</i>	

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL

- Actualmente tengo seguro dental.
- Actualmente NO tengo seguro dental.
- Me gustaría solicitar la tarifa de escala variable.

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL:

NÚMERO/IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL SECUNDARIO:

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL:

NÚMERO/IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

- Actualmente tengo seguro médico.
- Actualmente NO tengo seguro médico.
- Me gustaría solicitar la tarifa de escala variable.

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO:

NÚMERO/IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO:

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO:

NÚMERO/IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

FARMACIA PREFERIDA

NOMBRE DE LA FARMACIA

UBICACIÓN DE LA FARMACIA

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE

RELACIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE (TODO PACIENTE MENOR DE 18 AÑOS DEBE TENER UNA PERSONA RESPONSABLE)

PADRE CON LA CUSTODIA

TUTOR (SE REQUIERE COMPROBANTE DE LA SITUACIÓN LEGAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN CHC)

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

NOMBRE ELEGIDO (SI CORRESPONDE)

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO CÓDIGO

POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE TELÉFONO



Community Health Centers

- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

Consentimiento para el tratamiento

I. Consentimiento para el tratamiento

Por la presente, doy mi consentimiento para recibir tratamiento, ya sea para mí o para el paciente mencionado (de quien soy el padre/la madre o el tutor legal con derecho a autorizar dicho tratamiento), en Community Health Centers (CHC). El tratamiento puede incluir exámenes de salud, diagnóstico, tratamiento médico, atención dental, servicios sociales, exámenes de salud mental o de drogas y alcohol, evaluación, diagnóstico y tratamiento, y servicios de psiquiatría.

II. Asignación de beneficios

- A. Autorizo a CHC a facturar y recibir pagos directamente de Medicaid/Medicare o de cualquier otra compañía de seguros por los servicios que se me presten.
- B. Por la presente, cedo a CHC todos los pagos de Medicaid, Medicare o de cualquier póliza de seguro médico por la atención médica que me preste CHC.
- C. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo impago que se incurra por mi atención en CHC.
- D. Entiendo que, a mi leal saber y entender, la información demográfica que he facilitado es verdadera y correcta.
- E. Puede solicitar una copia de las expectativas de pago del CHC.

III. Terminación y restricciones de este consentimiento:

- A. Entiendo que tengo derecho a cancelar este consentimiento en cualquier momento por escrito. La cancelación de este consentimiento no afectará ninguna acción tomada por CHC en dependencia de dicho consentimiento antes de su cancelación. Si no se ha cancelado previamente, este consentimiento finalizará en la fecha siguiente:
_____. Si no se indica ninguna fecha, este consentimiento finalizará tres años después de la última fecha en que se me prestaron servicios.
- B. He leído este Consentimiento para tratamiento, lo entiendo y consiento su contenido de manera informada.

REQUERIDO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/la madre/el tutor: _____

Firma del padre/la madre/el tutor: _____ Fecha: _____