

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 ☐ TELÉFONO ☐ MENSAJE DE TEXTO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ PORTAL DEL PACIENTE		
SEXO AL NACER ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO		GÉNERO ACTUAL ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO		IDENTIDAD DE GÉNERO ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO ☐ HOMBRE TRANS (DE MUJER A HOMBRE) ☐ MUJER TRANS (DE HOMBRE A MUJER) ☐ GÉNERO ☐ OTROS ☐ PREFIERO NO DIVULGARLO		ORIENTACIÓN SEXUAL ☐ HETEROSEXUAL ☐ LESBIANA, GAY U HOMOSEXUAL ☐ BISEXUAL ☐ ALGO MÁS ☐ NO SABE ☐ PREFIERO NO DIVULGARLO	
IDIOMA PRINCIPAL				¿NECESITA SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN? ☐ SÍ ☐ NO			
ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO/A ☐ SEPARADO/A ☐ CASADO/A ☐ VIUDO/A ☐ DIVORCIADO/A ☐ EN UNA UNIÓN CIVIL		¿ES USTED VETERANO DE LOS EE. UU.? ☐ SÍ ☐ NO		¿ES USTED TRABAJADOR AGRÍCOLA? ☐ NO ☐ MIGRANTE ☐ DE TEMPORADA			
SITUACIÓN DE VIVIENDA ¿SE ENCUENTRA SIN VIVIENDA? ☐ SÍ ☐ NO SI NO TIENE HOGAR, SE ENCUENTRA USTED EN: ☐ ALOJAMIENTO COMPARTIDO (VIVIENDO CON OTRAS PERSONAS) ☐ REFUGIO ☐ EN LA CALLE ☐ VIVIENDA TRANSITORIA ☐ D ESCONOCIDO							
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	
☐ CHINO ☐ VIETNAMITA ☐ INDIO ASIÁTICO ☐ COREANO ☐ FILIPINO ☐ JAPONÉS ☐ OTRAS ETNIAS		☐ NATIVO DE HAWÁI ☐ OTRO ISLEÑOS DEL PACÍFICO ☐ GUAMEÑO O CHAMORRO ☐ SAMOANO		☐ NEGRO O AFROAMERICANO		☐ INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	
						☐ BLANCO ☐ PREFIERO NO DIVULGARLO	
ASIÁTICAS							
DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL				NO SOY DE ORIGEN HISPANO, LATINO NI ESPAÑOL		PREFIERO NO DIVULGARLO	
☐ MEXICANO ☐ MEXICANO AMERICANO ☐ CHICANO ☐ PUERTORRIQUEÑO ☐ CUBANO ☐ DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL ☐ DE OTRO ORIGEN HISPANO, LATINO Y ESPAÑOL				☐ NO SOY DE ORIGEN HISPANO, LATINO NI ESPAÑOL		☐ PREFIERO NO DIVULGARLO	

INFORMACIÓN FINANCIERA: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL TAMAÑO DE LA FAMILIA Y EL RANGO DE INGRESOS ANUALES DEL HOGAR EN LA TABLA A CONTINUACIÓN. *TODAS LAS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES.*

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	INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO
☐ 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:	☐ 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



• 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.

IV. Casilla de verificación de consentimiento para recibir SMS

☐ Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Community Health Centers of Burlington. Dichos mensajes pueden incluir recordatorios de citas, actualizaciones de programación y otros mensajes relacionados con mi atención. La frecuencia de los mensajes varía. Es posible que se apliquen comisiones por mensajes y datos. El consentimiento no es una condición para recibir atención o servicios.

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: _____