

Registro del Paciente Nuevo

INFORMACION DEL PACIENTE			
Apellido (Legal):		Nombre (Legal):	
Fecha de Nacimiento:		Nombre Preferido:	
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Genero de Identidad <i>Sí identifica así mismo como hombre, mujer, ambos o ninguno.</i>	
Numero de Teléfono #: <input type="checkbox"/> permiso de dejar mensaje		Orientación Sexual <i>Atracción romántica y/ o sexual por otra persona.</i>	
Numero de celular <input type="checkbox"/> permiso de dejar mensaje		<input type="checkbox"/> Heterosexual	
Preferencia de recordatorio: <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <i>Le requiere confirmar las citas con llamadas o mensajes de texto</i>		<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay	
Dirección:		<input type="checkbox"/> Bisexuales	
Cuidad:		<input type="checkbox"/> Algo más:	
Estado:		<input type="checkbox"/> No se	
Código Postal:		<input type="checkbox"/> Optar por no divulgar	
Dirección de correo electrónico: <i>Puede usar la dirección electrónica para registráis en el portal de pacientes. Esto le permite enviar mensajes a su equipo de cuidados, notas de las visitas, resultados de laboratorios, etc.</i>			
Seguro Social #:		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Caucásico	
¿Es un trabajador inmigrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es usted sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Veterano de EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si, seleccione uno: <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Con persona <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro	
¿Le gustaría suscribirse a nuestro boletín informativo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Información del Esposo/a o Padre/Madre/Guardian (Para menores)		
Apellido:	Nombre:	Inicial:
*Nombre de seguro social #:	Numero de teléfono #:	*Fecha de nacimiento:
Correo electrónico:		

*Solo se requiere para el paciente o guardián del menor

INFORMACION ADICIONAL
¿Como se enteró de Heartland?
<input type="checkbox"/> TV Anuncio <input type="checkbox"/> Correro <input type="checkbox"/> Referencia de Familia/ Amigo <input type="checkbox"/> Radio Anuncio <input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Google Anuncio <input type="checkbox"/> Evento de Comunidad <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Noticia fuente de noticias del internet <input type="checkbox"/> Referencia de otro Organización (especifique por favor): <input type="checkbox"/> Otro (especifique por favor):

Por la presente declaración que, a mejor de mi conocimiento, la información anterior es correcta y completa.

Firma: _____ Fecha: _____

Renuncias de Privacidad y Consentimientos

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Contacto(s) de Emergencia

Por favor liste un individuo(s) que no vive con usted que podamos contactar en caso de emergencia.

Nombre	Relación a Paciente	Teléfono

- Yo declino proporcionar un contacto de emergencia.

HIPAA/Contacto(s) Privado

Por favor liste cualquier individuo(s) que usted autoriza para darle información (verbal y/o escrita) que nosotros podamos comunicarnos relacionado con su salud. Esto puede incluir, pero no está limitado a, lo que encuentre físicamente, tratamiento, resultados de laboratorio, resultados análisis de diagnóstico, pagos/cuentas, y/o medicinas. Éste individuo también puede recoger sus medicinas por usted.

Nombre	Relación al paciente	Teléfono
1.		
2.		

Expiración de HIPAA/Contacto(s) de Privacidad:
(Si nada está marcado, asumimos que esto está en efecto durante el tiempo que usted sea paciente o, hasta que otro contacto reemplace éste)

- Fecha específica: _____
 Al cumplir 18 años
 No hay expiración

Consentimiento para Tratamiento de Menores (COMPLETAR SOLO PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

Yo, _____ por la presente consiento para cualquier tratamiento médico, dental, salud mental u otro cuidado de salud determinado de un proveedor de Heartland Community Health Center. Le doy consentimiento para los individuos siguientes para acompañar/autorizar el tratamiento de mi hijo(a). A menos que se indique lo contrario, este consentimiento debe mantenerse en efecto hasta que yo lo revoque/cambie.

Por favor me contacta a este número de teléfono _____ debe de ser necesario llamarme durante la cita.

Nombre	Relación al paciente	Teléfono
1.		
2.		

****En Kansas, cualquier menor de 16 años de edad o mayor pueden dar consentimiento para recibir tratamiento o procedimientos hospitalario, medico, o tratamiento quirúrgico cuando los padres o guardianas no están inmediatamente disponibles.***

- Yo deseo que este formulario reemplace la versión previa; o
 Yo deseo que los que están listados sean agregados a mis contactos actuales.

Yo tengo el derecho de actualizar los nombres de los individuos arriba mencionados como sea necesario, pidiendo un nuevo formulario de renuncia de privacidad de Heartland Community Health Center. En orden de actualizar el formulario, debe de ser completado y firmado en la clínica y no puede ser enviada por correo o actualizada verbalmente. Firmando abajo, yo reconozco y entiendo la declaración mencionada arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento y Reconocimientos

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Voluntariamente acepto y autorizo los cuidados que abarcan todos los tratamientos, diagnósticos y terapias que consideren necesarios o convenientes el medico (HCP). Incluyendo la prueba para Hepatitis B y C, VIH y la VA en caso de que mi sangre o fluidos corporales tengan una sospecha de haber tenido un contacto directo con cualquier proveedor de salud, para determinar si mis fluidos corporales contienen virus contagiosos. Entiendo que todos los pacientes verán un HCP y una enfermera. Esta clínica es un centro de enseñanza y en algunos casos se pueden utilizar para instruir a un médico, enfermera o estudiantes de asistente médico. Todas las evaluaciones del alumno están bajo la supervisión directa del médico tratante.

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Autorizo a Heartland para liberar cualquier información necesaria sobre mi tratamiento. Entiendo que mis archivos están protegidos por las regulaciones de HIPPA y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito salvo la disposición esa contraria con el reglamento, excepto que la acción ya haya sido tomada sobre esto, dando una notificación escrita al proveedor.

AUTORIZACION DE GESTION LA PRESCRIPCION

Autorizo a Heartland para pedir la lista de mis medicamentos a los médicos anteriores y actuales, en orden de tener documentadas las reacciones alérgicas, efectos secundarios, dosis y cualquier otra información pertinente y así poder asegurar el tratamiento adecuado para mi salud.

Autorizo a las declaraciones de arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Cómo su proveedor médico, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros. Nosotros hacemos los reclamos a su seguro, sin embargo, **usted es el único responsable se los cargos que quedan después de los pagos que haga su seguro.** Usted será responsable de su parte de pago en el momento del servicio. Si no proporciona a Heartland una información actualizada y precisa de su seguro podría resultar que todos los cargos de los servicios los deba pagar el paciente. **Todos los copagos, con seguro y deductibles son pagados en el momento que se prestan los servicios.** Si no tenemos contrato con su compañía de seguro, usted será 100% responsable del pago en el momento del servicio. Por favor, sea avisado que Heartland no provee servicios de compensación de obreros. También Heartland no presenta un reclamo por servicios relacionados con accidentes de vehículos. Presentar un reclamo por accidentes será la responsabilidad del paciente.

COBROS FUERA DE HEARTLAND DE LABORATORIO Y RAYOS-X

Si usted tiene servicios de laboratorio en Heartland, serán procesadas por Quest o Lawrence Memorial Hospital (LMH). La mayoría de los exámenes de laboratorio son procesados por Quest. Los laboratorios que no se pueda procesar por Quest se enviarán a LMH. **Si sus laboratorios son procesados por LMH, usted recibirá una factura separada de LMH** por correo. Si no tienen seguro médico y sus laboratorios, son enviados a LMH, por favor pida la aplicación de asistencia financiera de LMH para solicitar precios reducidos de LMH. La aplicación debe de ser enviada o llevada directamente a LMH. Por favor recuerde, Heartland no tiene control sobre estos precios. Nuestro personal puede ofrecer la aplicación e información de contacto con LMH sobre un asesor financiero que lo pueda ayudar aún más.

POLITICA DE CITAS

Llegada tarde a la cita: Si llega **10 minutos tarde** a su cita esta debe de ser reprogramada. Su proveedor intentara de acomodarlo a su horario, pero esto sara después de su cita programada. Si no podemos hacerlo tendremos que hacerle otra cita. Si esto ocurre, esta se contará como si hubiera faltado a su cita sin previo aviso.

No venir o cancelación tarde: Si Ud. pierde tres citas programadas en un periodo de seis meses sin avisar a Heartland por lo menos un día antes de la semana laboral, se le pondrá en citas programados el mismo día. Cada uno de nuestros proveedores tienen citas disponibles a partir de las 8:00am del mismo día. Si Ud. ha si do puesto en las citas del mismo día, por favor llame a nuestra oficina a cualquier hora después de las 8:00am para programar una de estas citas.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso de las practicas de Heartland y Declaración de los Derechos del Paciente, están disponibles para leer.

Acepto todas las declaraciones arriba.

Firma: _____ Fecha: _____

Formulario de seguro de Salud

Información de Paciente

Apellido Legal:	Nombre Legal	Inicial Del Segundo Nombre:
-----------------	--------------	-----------------------------

Información de Seguro de Salud

Seguro Primario:	Numero de Miembro:	Numero de Grupo:	Copago:
Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del Grupo:	
Seguro Secundario:	Numero de Miembro:	Numero de Grupo:	Copago:
Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del Grupo:	

Información de Seguro dental

Seguro Primario:	Numero de Miembro:	Numero de Grupo:
Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del Grupo:

Aplicación para un Costo Reducido

No tengo seguro de salud: Sus honorarios por servicios de Heartland se basarán en la información proporcionada.

Si tengo seguro de salud: Sobre la base de sus ingresos usted puede calificar para copagos descontados y otros gastos al llenar esta solicitud.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si no quiere solicitar para los descuentos basados en sus ingresos, por favor marque la caja abajo.

Me niego solicitar el costo reducido.

Fuente	Nombre		Esposa		Otro	
	Cantidad	Freq.	Cantidad	Freq.	Cantidad	Freq.
Salario Bruto, Salarios, propinas, etc.	\$		\$		\$	
Ingresos de Negocios, trabaja por cuenta propia y dependientes.	\$		\$		\$	
Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, ingreso por discapacidad, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión, o ingresos de jubilación.	\$		\$		\$	
Manutención de niños, pensión alimenticia, asistencia de alguien del hogar, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencial educativo, y otra fuente miscelánea.	\$		\$		\$	
Ingresos Totales	\$		\$		\$	

Ingreso completo mensual del hogar: \$ _____

Por favor, informe ingresos totales de todos los miembros del hogar en detalle.

¿Cuántos miembros del hogar son compatibles con este ingreso? _____

Entiendo que, si proporciono información falsa, será descalificado del programa y todos los cargos se pagaran por completo inmediatamente. Al firmar este formulario, certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Kansas que la información que proporciono es correcta y verdadera.

Firma: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY		Sliding Fee Scale: A B C D E		
Frequency Calculations:				
Monthly x 12	Bi-monthly (twice per month) x 24	<input type="checkbox"/> SELF-DECLARE		<input type="checkbox"/> POI Collected (1 year)
Every two weeks x 26	Weekly x 52			
Initials of Heartland PSR: _____ Verified by _____			<input type="checkbox"/> Presumptive Eligibility (30 days)	

Registración de Queja Principal y Evaluación

Nombre: _____ Fecha: _____

Farmacia preferida: _____

Razón principal por la visita hoy: _____

Si hay tiempo, me gustaría discutir: _____

¿Ha registrado para el portal del paciente? Sí No (Incluye su correo electrónico para registrarse.)

El correo electrónico: _____

En el último año, ¿ha bebido 3 o más bebidas alcohólicas en un día? Sí No

En el último año, ¿usó una droga recreativa o usó medicamentos recetados que no le recetaron? Sí No

Actualmente, ¿está usando un producto de tabaco (incluyendo vaporizador y tabaco mascar)? Sí No

Marque todo lo aplicable:

- Tengo recetas que necesitan ser rellenados Necesito completar el formulario adjunto
 Necesito una excusa para la escuela o el trabajo Tengo varias citas aquí hoy

En las últimas 2 semanas, ¿ha experimentado alguno de los siguientes problemas? Marca la respuesta con un círculo.

	Nunca	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1 Tiene poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2 Se siente desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza	0	1	2	3

En caso afirmativo a 1 o 2, complete la siguiente:

	Nunca	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
3 Tiene problema para dormirse o en mantenerse dormido(a), o en duerme demasiado.	0	1	2	3
4 Se siente cansado(a) o tiene poca energía.	0	1	2	3
5 Tener poco apetito o come en exceso.	0	1	2	3
6 Se siente mal acerca de usted o cree que ud es un fracasado o se siente defraudado de sí mismo o su familia.	0	1	2	3
7 Tiene dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión.	0	1	2	3
8 Se mueve o habla de manera lenta; o lo contrario, esta tan agitado(a) o inquieto(a) que se mueve mucho más de lo por acostumbrado	0	1	2	3
9 Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de que se podría hacer daño de alguna manera y otra yente se da cuenta.	0	1	2	3

me niego completa la herramienta de cálculo de depresión