

Formulario de Inscripción

Favor de escribir claramente



Fecha: _____

Expediente # _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Otros nombres usados:/Nombre de soltera/Alias: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Tel. del Trabajo : _____

¿Cuál es el mejor horario para poder llamarle?: _____

Correo Electrónico: _____

Mes de Nacimiento (circule uno): | Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov | Dic

Día de Nacimiento (circule uno): 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27

28 29 30 31

Año de Nacimiento: _____

Sexo (Asignado al Nacer): Masculino Femenino Transgénero

Raza: Blanco Negro/Áfrico-Americano Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático

Nativo de Hawaii Otro de las Islas Pacíficas Más de una raza

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Estado Civil: Soltero Casado En pareja Divorciado Legalmente Separado Viudo

Idioma de Preferencia: Inglés Español Otro: _____

Farmacia de su preferencia: _____

¿Es usted Veterano de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos de América? Si No

Información del Responsable

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto en caso de Emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Información de su Seguro Médico

¿Tiene seguro médico? Si No

Seguro Médico Principal _____

Seguro Médico Secundario _____

Favor de presentar las tarjetas de su seguro médico a la recepcionista para que pueda escanearlas y anexarlas en sus registros.

¡Gracias por escoger "Family Healthcare"!

Consentimiento de Tratamiento

Yo autorizo a cualquier médico con licencia de salud familiar para realizar dicho diagnóstico, médico, de asesoría, procedimientos dentales o quirúrgicos que sean necesarios para la adecuada atención de la salud. También doy permiso para la administración de medicamentos y vacunas que sean necesarias para el cuidado del tratamiento o prevención.

He leído toda la información en este formulario de inscripción y han completado a lo mejor de mi capacidad. Certifico que esta información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Entiendo que la prueba de la información anterior puede requerirse en cualquier momento por cualquier razón. Si encontrado inelegible, seré sujeto a terminación de servicios o enjuiciamiento por perjurio/fraude. Notificaré a salud de la familia de cualquier cambio en mi estado de salud o de la información anterior.

Firma (Paciente/Representante Legal)

Fecha

NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Acuse de Recibo

Fecha de Vigencia: Abril 14, 2003

Favor de revisar cuidadosamente esta información.



La Notificación de Prácticas de Privacidad le informa de como "Family Healthcare" puede usar o revelar la información sobre usted. No todas las situaciones serán descritas. Se requiere que "Family Healthcare" informe de las prácticas de privacidad acerca de la información que recopilamos y mantenemos acerca de usted.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen diferentes maneras que utilizamos y divulgamos su información médica. Para cada categoría, explicaremos lo que significa y dar algunos ejemplos; sin embargo, no podemos enumerar cada posible uso o divulgación. Si usted tiene preguntas acerca de las categorías o ejemplos, por favor póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad en 435-986-2565.

Para Tratamiento: Utilizamos su información médica para entender su condición de salud y para tratarlo a usted cuando esté enfermo. Compartimos su información médica con los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de salud y otras personas que participan en el cuidado de usted. Trabajan en nuestras oficinas, en un hospital o en otro consultorio, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica a quien podemos referirlo para exámenes o tratamientos.

Por ejemplo, un médico fuera de nuestra clínica que está tratando por una pierna rota necesitaría saber si tienen otros problemas médicos porque éstos pueden afectar la capacidad del cuerpo para curar su pierna rota. Por ejemplo, diabetes puede retardar el proceso de curación de una pierna rota, por lo que el otro médico necesitará saber si usted tiene diabetes. También podemos divulgar su información médica a una entidad de asistencia en un esfuerzo de ayuda de desastre para que su familia puede ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

Para Pagos: Utilizar su información médica para que el tratamiento y servicios que usted recibe de nosotros pueden ser facturados a y pago recogidos de usted, una compañía de seguros, una agencia estatal de Medicaid, o una tercera parte, incluyendo la Association for Utah Community Health (AUCH), y la programa de 340B administrador (programa de recetas de medicamentos).

Por ejemplo, puede que necesitemos dar su información de plan de seguro médico sobre su visita al consultorio para que su plan de salud se nos paga o reembolsarle la visita. También podemos decir su plan de salud sobre un tratamiento que vas a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Nos puede enviar o puede han presentado ya en una pasada visita su información personalmente identificable a la base de datos de elegibilidad de Medicaid de Utah y programa de seguro médico elegibilidad la base de datos de los niños para determinar si están inscritos en o acogerse a cualquiera de los programas.

Para operaciones de servicio de salud: Utilizamos su información médica para mejorar la calidad de las operaciones en nuestra práctica profesional de la salud. Por ejemplo, podemos utilizar sus registros médicos para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar las piezas de sus registros médicos que no identifica personalmente con información similar de otros pacientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios no son necesarios, si ciertos tratamientos nuevos son eficaces y comparar lo que estamos haciendo con otras prácticas de cuidado de la salud.

Me ha dado una copia del aviso de prácticas de privacidad de familia salud y han tenido oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se debe utilizar mi información.

Firma (Paciente/Representante Legal)

Fecha

Formulario de autorización de privacidad HIPAA

Divulgación de información médica

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida según lo requerido por el Health Insurance Portability y Accountability Act

Autorizo a "Family Healthcare" para divulgar la información médica, tanto verbal y/o por escrito a:

Nombre	Relación con el Paciente	Especificación de límites de acceso
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Entiendo que las personas arriba mencionadas, pueden tener acceso a mis registros médicos hasta que yo revoque mi consentimiento por escrito a "Family Healthcare".

Esto divulgará el siguiente tipo de información:

- Todos los Registros Registros Prenatales Historial de Medicamentos
- Registros Médicos Laboratorio y Resultados de Diagnóstico por Imagen Inmunizaciones
- Otros (Favor de especificar) _____

Registro de liberación de los siguientes documentos o la comunicación verbal deber ser iniciada por el paciente o el guardián.

- _____ Alcohol/Drogas/VIH
- _____ VIH/Diagnosis de Sida / Información de Tratamiento
- _____ Progreso del Tratamiento de Salud de Conducta / Recomendaciones / Planes

_____ Entiendo que la información que va a ser divulgada, puede incluir registros médicos, salud mental e información de uso de drogas y alcohol.

Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos bajo los reglamentos federales de confidencialidad y registros de paciente de abuso de drogas, 42 C.F.R. parte 2 y el "Health Insurance Portability and Accountability Act" de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. partes 160 y 164 y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo a disposición en contrario en el Reglamento. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida de la acción que se haya tomado en la medida de dependencia que se han tomado antes o al ser revocado.

_____ Entiendo que con el fin de proteger la confidencialidad de registros, estoy de acuerdo en la liberación de la información necesaria y que mi permiso se limita a los propósitos y las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que puedo retirar o parar esta autorización en cualquier momento mediante una petición escrita (excepto la información que ya haya sido divulgada).

_____ Yo entiendo que una vez que este medio revela información sobre mi salud por este medio, no puedo garantizar que el destinatario no revelará nuevamente mi información de salud a terceros. El tercero no puede ser obligado a acatar esta autorización o leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

_____ Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento de divulgar mi información en cualquier momento, notificando a la agencia por escrito. Entiendo que si no identifico una fecha o evento, entonces este consentimiento expirará un año a partir de la fecha de servicio que se me brindó en "Family Healthcare"

Se me ha dado una copia de las Prácticas de Noticias de Privacidad y he tenido la oportunidad de preguntar acerca de cómo mi información debe ser usada.

Firma (Paciente/Representante Legal)

Fecha

CONSENTIMIENTO DE OBTENER HISTORIAL DE PRESCRIPCIONES EXTERNAS

Al firmar a continuación, autorizo a "Family Healthcare" ya a sus proveedores afiliados a ver mi historial de prescripciones externas.

Entiendo que el historial de prescripciones de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y beneficios farmacéuticos puede ser visible por mis proveedores y personal de "Family Healthcare", y puede incluir registros de prescripciones durante el transcurso de varios años.

Certifico que he leído y entiendo el alcance de mi consentimiento y que autorizo el acceso a mi historial de prescripciones.

Firma (Paciente/Representante Legal)

Fecha

¡ Gracias por escoger "Family Healthcare" !

Aplicación para el Programa de Tarifas de Descuento



"Family Healthcare" está comprometido a "Hacer vidas mejores" en el suroeste de Utah proporcionando asistencia médica accesible y con precios módicos. Para continuar con nuestros servicios con descuento, es necesario cobrar tarifas a todos nuestros pacientes cuando se reciban estos servicios. Esto incluye co-pagos de seguros u honorarios basados en la escala variable. Cuando cada persona paga tarifas reducidas, podemos proporcionar servicios a usted ya otros, cuando usted nos necesita más. Podemos mantener nuestra clínica abierta.

Completando este formulario de escala de tarifas, podemos determinar posibles ahorros. Incluso cuando usted tiene un seguro, le recomendamos que llene este formulario para servicios que no están cubiertos por su seguro o se aplican a su deducible anual.

Información de la Cabeza del Hogar:

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre)		Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:	Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:		
Número de Personas que viven en su hogar:		Estado Civil (circule uno): Soltero Casado Viudo Divorciado Separado			

Información de su Familia: Liste todos los individuos que viven en este hogar, incluyendo el jefe de familia.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	Edad	Empleado:	Favor de proveer su prueba de ingresos junto con esta aplicación. Documentos de ingreso que son aceptables:
1.				Si/No	
2.				Si/No	
3.				Si/No	
4.				Si/No	
5.				Si/No	
6.				Si/No	

- 2 últimos cheques de su empleador
- Carta de desempleo
- Carta o comprobante de Alimony
- Carta del Seguro Social
- Carta de Discapacidad
- Carta de manutención "Child Support"

- A. **Trabajando por cuenta propia** —Favor de traer su comprobante de Impuestos, incluyendo 1099 C.
- B. **No trabajando y viviendo de sus ahorros** —Traer el estado de cuenta de banco mas reciente.
- C. **Sin empleo y recibiendo ayuda de un miembro de la familia o iglesia:** —Traer una carta de ese recurso (padres, clero o agencia) describiendo su situación. Esta carta debe contener firma y fecha.

A mi leal saber y entender, certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en informar a "Family Healthcare" de cualquier cambio relacionado con mi empleo o estado financiero tan pronto como los cambios ocurran.

Al firmar abajo le doy permiso a "Family Healthcare" para inscribirme en su programa de descuento /Tarifas de descuento. Entiendo que si califico, "Family Healthcare" puede reducir los costos de los servicios médicos, de consejería o de laboratorio / pruebas de diagnóstico actuales. Adicionalmente, los procedimientos dentales pueden ser descontados dependiendo de su elegibilidad.

Si la información anterior resulta ser incorrecta, entiendo que el descuento que se me proporciona será cancelado y seré responsable de cualquier saldo anterior o actual. Doy permiso para que el personal de "Family Healthcare" se comunique con mi empleador o cualquier otra fuente apropiada para verificar la fuente apropiada de los ingresos.

Entiendo que se me requerirá completar una aplicación de descuento de tarifas ajustable cada 12 meses.

Fecha de firma:

Fecha:

Pago es esperado al tiempo de servicio.

Servicio de Tarifas Ajustables de Descuento

Entiendo que para estar inscrito en el programa federal de descuento de honorarios federales de "Family Healthcare", debo completar una Solicitud de Programa de Descuento de Tarifas ajustables para cada uno de los que obtienen un salario dentro de mi hogar. Entiendo que todas las fuentes de ingresos, incluyendo salarios, desempleo, seguro social, jubilación, pensión alimenticia, e Ingresos por discapacidad serán incluidas. Se requiere una prueba de documentados de ingresos que puede incluir talones de cheques, cartas de empleadores, declaraciones de personas que brindan su apoyo, copias de información de impuestos sobre la renta y / o documentos de servicios gubernamentales.

Si no doy pruebas de ingresos en este momento, debo traer mi prueba de ingresos a "Family Healthcare" dentro de 7 días o se me facturarán los honorarios completos. También entiendo que mi elegibilidad para recibir atención médica a un costo reducido será revisada cada 12 meses.

Entiendo que el Programa de Descuento de Tarifa ajustables me permite recibir servicios con descuentos. Sé que voy a pagar un co-pago por cada visita y puede ser que pueda recibir un cobro extra dependiendo de los servicios recibidos.

Entiendo que si tengo un seguro de salud, "Family Healthcare" podría descontar los servicios que no están cubiertos por mi póliza de seguro con una prueba de ingresos y el tamaño de la familia.

Acuerdo Financiero y Liberación de Información

Autorizo a "Family Healthcare" (Centro de Salud de la Comunidad de Southwest Utah) a facturar a mi compañía de seguros por los servicios proporcionados por "Family Healthcare". También autorizo a "Family Healthcare" a liberar todo o parte de los registros de paciente de cualquier persona u organización responsable del pago.

Permito que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la forma original de liberación de información y solicite que se pague el pago de los beneficios del seguro médico a Family Healthcare (Centro de Salud Comunitario de Southwest Utah).

Acepto pagar por todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros. Si mi cuenta se envía a una agencia de cobro, acepto pagar todos los honorarios razonables de cobro y abogado.

Consentimiento para Tratamiento

Autorizo a cualquier proveedor de cuidado de la salud de "Family Healthcare" a realizar tales procedimientos diagnósticos, médicos, de consejería, odontológicos y / o quirúrgicos que sean necesarios para el cuidado de la salud apropiado. También doy permiso para la administración de medicamentos e inmunizaciones que sean necesarias para el tratamiento o como cuidado preventivo.

He leído toda la información en este formulario de registro y lo he completado lo mejor que he podido. Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Entiendo que la prueba de la información anterior puede ser requerida en cualquier momento y por cualquier razón. Si se encuentra ilegible, puedo estar sujeto a la terminación inmediata de servicios y / o enjuiciamiento por fraude o perjurio. Notificaré a "Family Healthcare" de cualquier cambio en mi estado de salud o cualquiera de la información anterior.

Firma (Paciente/Representante Legal)

Fecha

Gracias por escoger "Family Healthcare"!

Renuncia al Programa de Tarifas de Descuento Ajustables

Se requiere una prueba de ingresos y una declaración del tamaño de la familia para solicitar el Programa de Tarifas de Descuento ajustables. Al renunciar a esta solicitud, entiendo que pagaré los honorarios completos por las visitas a la oficina y no seré elegible para descuentos financieros.

NO se requiere una prueba de Ingresos para cualquier paciente cuyo Ingreso familiar sea superior al 200% de la Guía de Pobreza Federal (FPL) o para pacientes que no estén interesados en el Programa de Tarifas de Descuento Ajustables.

_____ He leído y revisado la Tabla de Tarifas de Descuento Ajustables y declare que el ingreso de mi hogar sobrepasa el 200% de FPL. Entiendo que mi familia y yo NO calificamos para este programa de descuento.

_____ No estoy interesado en declarar mi ingreso personal y familiar en este momento. Yo no estoy interesado en aplicar para el Programa de Tarifas de Descuento Ajustable.

_____ Yo entiendo que puedo aplicar al Programa de Tarifas de Descuento Ajustables en cualquier momento futuro o en el evento que mi ingreso o cantidad en la familia cambie.

_____ Se me han contestado satisfactoriamente mis preguntas en cuanto al Programa de Tarifas de Descuento Ajustables.

Firma (Paciente/Representante Legal)

Fecha

Gracias por escoger "Family Healthcare"!



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Expediente #: _____

(Si necesita espacio extra para contestar algunas de estas preguntas, favor de continuar en el reverso de esta forma).

Propósito de la visita de este día — Háganos saber la razón y el por qué está aquí para esta cita:

- _____
- _____

Favor de escribir los medicamentos actuales:

Nombre: _____ Dosis (mg): _____ Frecuencia: _____ Para: _____
Nombre: _____ Dosis (mg): _____ Frecuencia: _____ Para: _____
Nombre: _____ Dosis (mg): _____ Frecuencia: _____ Para: _____

Historial Médico:

¿Cuál de las siguientes condiciones está USTED siendo tratado o ha tenido en el pasado?

- Asma
- Problemas de Tiroides
- Dolor (Especificar: _____)
- Desorden Sanguíneo
- Hipertensión
- Problemas de Corazón (Especificar: _____)
- Cáncer
- Convulsiones
- Salud Mental (Especificar: _____)
- Diabetes
- Accidente cerebrovascular (Stroke) _____
- Otro (Especificar: _____)

Alergias

¿Tiene usted alguna alergia? (Favor de marcar) Penicilina Látex
 Otros (Especificar: _____) Ninguno

Cirugías Pasadas:

Cirugías: _____ Fecha: _____ Cirugía: _____ Fecha: _____

Hospitalizaciones:

Fecha (Mes/Año): _____ Razón: _____
Fecha (Mes/Año): _____ Razón: _____

Historia Familiar

¿Alguno de sus familiares inmediatos han tenido algunas de estas enfermedades?

(Favor de indicar que familiar es el que lo padece)

- Asma _____
- Desorden Sanguíneo _____
- Problemas de Tiroides _____
- Diabetes _____
- Hipertensión _____
- Problemas de corazón _____
- Cáncer _____
- Convulsiones _____
- Salud Mental (Especificar) _____
- Accidente cerebrovascular (Stroke) _____
- Otro (Especificar) _____

Historia Social y Preventiva:

¿Fuma o mastica Tabaco? Sí No Si es no, ¿Lo ha hecho en el pasado? Sí No
¿Está expuesto al humo del cigarro en su casa? Sí No Si es no, ¿Lo ha hecho en el pasado? Sí No
¿Usa bebidas alcohólicas? Sí No Si es no, ¿Lo ha hecho en el pasado? Sí No
¿Usa drogas ilegales? Sí No Si es no, ¿Lo ha hecho en el pasado? Sí No
¿Ha estado expuesto a enfermedades de Transmisión Sexual? Sí No ¿Lo ha estado en el pasado? Sí No
¿Ha tenido un estudio de prueba de Papanicolaou en estos últimos dos años? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿En qué clínica fue realizada? _____

Valoración de Necesidades de Aprendizaje:

¿Podemos dejar mensajes detallados en su teléfono? Si No

¿Habla Inglés en su casa? Si No Si es no ¿Cuál es el idioma que usted habla? _____

¿Usted lee y escribe inglés? Si No

¿Tiene usted cualquier práctica religiosa o cultural o de creencias que pueda afectar el cuidado o tratamiento?

Si No Si es si, favor de especificar: _____

¿Cuál es la manera que le gusta aprender nuevas cosas? (Marque todas las que se apliquen)

Leyendo Por medio de Discusiones Video Demostraciones/Practicando Auto-estudiando

Alguna otra manera: _____

Estatus de Discapacidad:

¿Puede usted ver bien? Si No Si es no, ¿Utiliza anteojos o lentes de contacto? Si No

¿Puede escuchar correctamente? Si No Si es no, ¿Utiliza audífono o aparato de audición? Si No

¿Tiene alguna dificultad para caminar? Si No

¿Tiene algún problema de memoria o dificultad para pensar con claridad? Si No

¿Tiene usted alguna dificultad para vivir independiente? Si No

¿Tiene alguna dificultad para cuidar de usted mismo (a)? Si No

¿Alguna otra discapacidad? Si No Favor de listar cual es: _____