

COMMUNITY  
HEALTH  
ALLIANCE

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial de 2º Nombre:	Nombre Preferido:	Fecha de Nacimiento: / /
Numero de Seguro Social:		Telefono de Casa:	Telefono de Cell:	Telefono de Trabajo:
Dirrección:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Contacto de Emergencia:	Relación al Paciente:	Numero de Telefono:	Correo Electronico: <input type="checkbox"/> Declinado	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Grupo de Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Declinar de Contestar <input type="checkbox"/> Otro _____			Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Lenguaje Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Otro: _____		Discapacidad Auditiva: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Necesita Interprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacidad Visual: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Necesita Adaptaciones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Sexo al Nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Desconocido	Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, Homosexual <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Eliga no revelar <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique:		Cual es su identidad de género actual? (por favor marque el que aplique) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero (hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Género no binario (ni hombre ó mujer) <input type="checkbox"/> Transgénero (mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Eliga no revelar <input type="checkbox"/> Otro/Algo más, Especifique:	
Pronombre(s) Preferidos: <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Declinar a Contestar			Profesión:	
Situación Laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado			Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
(Marque Uno) <input type="checkbox"/> Ingreso Anual Doméstico <input type="checkbox"/> Ingreso Mensual Doméstico Ingreso Doméstico \$ _____ Tamaño de Familia _____				
Sin Hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, por favor eliga una opción) <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Compartir Habitación <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente* <input type="checkbox"/> Otro (e.g. rental semanal) *Viviendo con Servicios de Apoyo y sin restricciones de tiempo				
Cómo supo de nosotros? <input type="checkbox"/> Folleto/Volante <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Periódico/Revista <input type="checkbox"/> Sitio de Web/En linea <input type="checkbox"/> Medios de Comunicación Social <input type="checkbox"/> Evento de Salud <input type="checkbox"/> otro				

**GUARDIAN/PADRE RESPONSABLE**

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial de 2º Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil:
Apellido:	Primer Nombre:	Inicial de 2º Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil:
Dirección (si diferente):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Telefono de Casa:	Telefono Celular:		Telefono de Trabajo:	
Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian Otro:		
<b>Financieramente Responsable:</b> <input type="checkbox"/> Auto mismo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Poder notarial			<b>Documento en archivo:</b> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	

**SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

Compañía de Seguro Médico:		Número de Identificación:		
Nombre de Titular: (si diferente)	Relación al Paciente:		Número de Grupo:	
Seguro Social de Titular:		Fecha de Nacimiento. De Titular:	Telefono Primario:	
Empleador:		Telefono de Empleador:		
Seguro Dental:	Operador:		Número de Telefono:	
Seguro Dental Numero de Identificación:		Seguro Dental Numero de Grupo:		

**SEGURO SECUNDARIO**

Compañía de Seguro Secundaria:		Número de Identificación:		
Nombre de Titular: (si diferente)	Relación al Paciente:		Número de Grupo:	
Número de Seguro Social de Titular:		Fecha de Nacimiento. De Titular:	Telefono Primario:	
Empleador:		Telefono de Empleador:		
Seguro Dental:	Operador:		Número de Telefono:	
Número de Identificación:		Número de Grupo:		

**Por favor inicial Cada Artículo Si da Su Consentimiento y firme al final:**

<b>CONSENTIMIENTO DE PACIENTE</b>	
_____	Doy permiso para recibir atención ambulatorial en Community Health Alliance (CHA), incluyendo exámenes de rutina, procedimientos diagnósticos y procedimientos quirúrgicos menores realizados por el personal Médico/Dental de CHA
_____	Recibí, leí y entiendo los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes de Community Health Alliance (CHA) y mis preguntas fueron respondidas por el personal de CHA (paginas 3-7)
(Elige uno) _____ _____	Doy permiso para la realización de análisis de sangre para detectar anticuerpos contra HIV Me niego a dar permiso para la realización de análisis de sangre para detectar anticuerpos contra HIV
<b>PÓLIZAS DE OFICINA</b>	
_____	Recibí, leí y entiendo la póliza de CHA en relación con las sustancias controladas para el dolor agudo, y mis preguntas fueron respondidas por el personal de CHA (paginas 5-6)
_____	Recibí, leí y entiendo que ningún servicio de control del dolor crónico con medicamentos basados en opiáceos será recetado, y mis preguntas fueron respondidas por el personal de CHA (Páginas 5-6)
_____	Recibí, leí y entiendo las póliza de CHA y las citas perdidas y tardías, y mis preguntas fueron respondidas por el personal de CHA (Páginas 4-5)
<b>CONSENTIMIENTO PARA FACTURACIÓN</b>	
_____	Todos los co-pagos, depósitos y gastos de la escala de descuentos se deben y deben ser pagados en el momento de la llegada. Asigno todos los pagos de seguro para que se hagan directamente a CHA. Esta autorización y asignación es permanente. Me reservo el derecho de revocar esto en cualquier momento con mi aviso por escrito. (Páginas 6-7)
_____	Entiendo que es mi responsabilidad confirmar con mi compañía de seguros el estatus de proveedor participante de CHA y yo seré responsable de cualquier cargo incurrido como resultado de no hacerlo.
_____	Por la presente autorizo a CHA a divulgar la información necesaria para presentar y/o tramitar una reclamación con mi compañía de seguros.
<b>AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL</b>	
_____	Autorizo que el correo de voz confidencial y detallado y los mensajes de texto se dejen en el siguiente número de teléfono:  Type: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
_____	Autorizo que la correspondencia confidencial por correo se envíe a mi casa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
_____	Autorizo a CHA y a su personal clínico asignado a comunicarse conmigo electrónicamente a través de la cuenta del Portal del Paciente. Entiendo que la comunicación basada en la web es una opción y puedo optar por no registrarme en Mi Portal del Paciente.
<b>CONSENTIMIENTO DE TELESALUD</b>	
_____	Autorizo a CHA a utilizar la plataforma de práctica de telesalud, incluyendo el derecho a fotografiarme y/o grabarme, mi imagen y voz para evaluar, probar, diagnosticar y tratar mi condición médica.
(Elige uno) _____ _____ _____	<b>CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD</b> <b>DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que todos los participantes de HIE tengan acceso <b>A TODA</b> mi información médica electrónica (incluida la información confidencial) en relación con proporcionarme cualquier servicio de atención médica, incluida la atención de emergencia. <b>CONSIENTE SÓLO EN CASO DE UNA EMERGENCIA</b> para que todos los participantes de HIE accedan a <b>TODA</b> mi información electrónica de salud (incluida la información confidencial) <b>SÓLO</b> en caso de una emergencia médica. <b>NO CONSIENTO</b> que ningún participante de HIE acceda a <b>CUALQUIERA</b> de mis datos electrónicos de salud <b>¡ INCLUSO</b> en caso de una emergencia médica.
La información que he proporcionado es verdadera y correcta hasta donde yo sé. He leído y entiendo la información anterior y acepto cumplir con los términos anteriores para los servicios proporcionados por CHA.	
_____	_____
Firma de Paciente, Padre, ó Guardian Legal	Fecha
_____	_____
Nombre en Letra de Molde	Nombre del empleado