

## Información del Paciente

Apellido Legal

Nombre Legal

Inicial

Nombre Preferido

Número de Seguro Social

Fecha Nacimiento

Género asignado al nacer:

Masculino

Femenino

Indiferenciado

Género Legal Actual:

Masculino

Femenino

Indiferenciado

Identidad de Género:

Blanco

Hombre

Mujer

Hombre a Mujer

Mujer a Hombre

Otro: \_\_\_\_\_

Orientación Sexual:

Prefiero no responder

Heterosexual

Lesbiana/gay

Bisexual

Otro: \_\_\_\_\_

Pronombre Preferido:

Prefiero no responder

El/a El/de El

Ella/a Ella/de Ella

Ellos/a Ellos/de Ellos

Ze/Hir

Otro: \_\_\_\_\_

Dirección Física

Dirección Postal (si es diferente a la física)

Ciudad

Estado

Código Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Estado Civil:

Viudo(a)

Casado

Soltero

Divorciado

Estado Estudiantil:

Tiempo Completo

No Estudiante

Tiempo Parcial

¿Sería útil un intérprete para su visita?

Sí

No

Lenguaje Primario

Tengo un Proveedor Médico primario

Tengo un Proveedor Dental primario

## Información de Contacto del Paciente

Teléfono de Casa

Teléfono de Día

Correo Electrónico\*

Número de contacto preferido:

Teléfono de Casa

Teléfono de Día

Permiso que deje mensaje detallado en mi teléfono preferido

¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?

Correo Electrónico

Llamada

Texto

Mensaje de voz

Nombre de Contacto de Emergencia

Relación/Parentesco

Número de Teléfono

## Datos Demográficos adicionales del Paciente (UDS)

Sin no tiene Hogar/Albergue:

Comparto habitación

Albergue

La Calle

Transicional

Otro: \_\_\_\_\_

Desconocido

Para Trabajadores Agrícolas:

Estacional

Inmigrante

¿De que origen étnico se considera usted?

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

¿De que raza se considera usted?

Indio Americano/Nativo de Alaska

Asiático

Negro/Afroamericano

Nativo Hawaiano

Otro Isleño del Pacífico

Blanco

Otro: \_\_\_\_\_

Prefiero no responder

Estado Veterano/Militar:

Sí

No

Activo

¿Cual es su farmacia preferida? (nombre y ubicación) \_\_\_\_\_

\*Community Health Care no venderá ni rentará su dirección de correo electrónico, nombre, dirección u otra información proporcionada a nadie. Community Health Care no compartirá su dirección de correo electrónico, nombre o apellido, dirección u otra información recibida a nadie, excepto: podemos ceder información personalmente sobre su identidad, como sea requerido legalmente, para nosotros poder responder a citaciones, órdenes judiciales u otros procesos legales.

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Nombre Preferido</b>
<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Fecha Nacimiento</b>		
<b>Género asignado al nacer:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indiferenciado
<b>Género Legal Actual:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indiferenciado
<b>Identidad de Género:</b>	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
	<input type="checkbox"/> Hombre a Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer a Hombre	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Orientación Sexual:</b>	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana/gay
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Pronombre Preferido:</b>	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> El/a El/de El	<input type="checkbox"/> Ella/a Ella/de Ella
	<input type="checkbox"/> Ellos/a Ellos/de Ellos	<input type="checkbox"/> Ze/Hir	<input type="checkbox"/> Otro: _____

<b>Dirección Física</b>	<b>Dirección Postal (si es diferente a la física)</b>				
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Estado Civil:</b>	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado	
<b>Estado Estudiantil:</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> No Estudiante	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial		
	<b>¿Sería útil un intérprete para su visita?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Lenguaje Primario</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tengo un Proveedor Médico primario</b>		<input type="checkbox"/> <b>Tengo un Proveedor Dental primario</b>		

**Datos demográficos adicionales de la Parte Responsable**

<b>Teléfono de Casa</b>	<b>Teléfono de Día</b>	<b>Correo Electrónico*</b>
<b>Número de contacto preferido:</b>	<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa	<input type="checkbox"/> Teléfono de Día
	<input type="checkbox"/> <b>Permito que deje mensaje detallado en mi teléfono preferido</b>	
<b>¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?</b>	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensaje de voz

<b>Nombre de Contacto de Emergencia</b>	<b>Relación/Parentesco</b>	<b>Número de Teléfono</b>
---	----------------------------	---------------------------

**Datos demográficos adicionales de la Parte Responsable (UDS)**

<b>Sin no tiene Hogar/Albergue:</b>	<input type="checkbox"/> Comparto habitación	<input type="checkbox"/> Albergue	<input type="checkbox"/> La Calle	<input type="checkbox"/> Transicional
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Desconocido	
<b>Para Trabajadores Agrícolas:</b>	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Inmigrante		
<b>¿De que origen étnico se considera usted?</b>	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
<b>¿De que raza se considera usted?</b>	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiático	
	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano		<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	
	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>Estado Veterano/Militar:</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo	

**¿Cómo se enteró sobre nosotros?**

<input type="checkbox"/> Tacoma/Departamento de Salud del Condado Pierce	<input type="checkbox"/> Programa de Intercambio de Agujas	<input type="checkbox"/> Empleado de CHC
<input type="checkbox"/> ¿Hospital—cuál? _____	<input type="checkbox"/> Promotor de Salud	<input type="checkbox"/> Paciente de CHC
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

**Información de Seguro Primario****¿Accidente Automovilístico?****¿Lesión en el Trabajo?**

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Número de ID de Póliza \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_

Dirección de Reclamos de Seguro \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Parentesco al Paciente \_\_\_\_\_

¿Accidente?  Sí  No  
 Trabajo  Auto

Fecha de Accidente \_\_\_\_\_

Número de Reclamo o fecha de la lesión \_\_\_\_\_

**Autorización, Consentimiento y and Cesión de Beneficios**

Por la presente doy consentimiento para la atención ambulatoria con Community Health Care con un equipo multidisciplinario de médicos. Esta atención puede incluir: Evaluación, Diagnóstico, Consulta y tratamiento para atención Médica, Psiquiátrica, de Salud del Conductual y/o Dental Estos servicios se pueden brindar en una de nuestras clínicas o mediante un sistema de telemedicina, utilizando equipos de videoconferencia. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Community Health Care y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo con la divulgación de información relacionada con el tratamiento/consulta de atención médica, psiquiátrica, de salud conductual y/o dental con el propósito de pago u operaciones de atención médica. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada y se utilizará para reclamos futuros. Puedo revocarlo en cualquier momento mediante notificación por escrito. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Community Health Care.

Entiendo que Community Health Care me facturará a mí o a mi Seguro por visitas médicas en persona, audiovisuales y de audio solamente, dentales y/o de salud mental.

¿Hay alguien con quien le gustaría que compartamos su información médica/dental **general**?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación/Parentesco: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación/Parentesco: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación/Parentesco: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si el paciente es menor de edad o tiene un tutor): \_\_\_\_\_

**For Office Use Only:** Patient Declined Sliding Fee Patient Declined Sliding Fee and Income Range Declaration Patient Portal enrollment information given

Initials \_\_\_\_\_



## Solicitud Para la Escala da Pagos Con Descuento

Con el fin de satisfacer los requisitos de nuestra Subvención Federal, debemos obtener información de ingresos de todos los pacientes. Para calificar en la escala de pagos con descuento (para pacientes sin seguro y para quienes su seguro no cubre todo los servicios), usted deberá proporcionar la siguiente información.

Si usted no tiene seguro, usted también deberá ver a un miembro del personal para determinar si usted califica para un seguro antes de su segunda visita.

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?  

Use el número de personas en su familia que viven en el mismo hogar y comparten el mismo ingreso, alimentos y/o renta. Ese número lo incluye a usted, a su cónyuge, y/o cualquier dependiente. Por favor anote las personas que usted ha incluido:

NOMBRE	RELACION CON USTED	NOMBRE	RELACION CON USTED
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Cuánto de su ingreso bruto MENSUAL viene de:**

Empleo _____	Incapacidad _____
Desempleo _____	Fondos de Jubilación _____
Seguro Social _____	Beneficios para Veteranos _____
Manutención Conyugal _____	Asistencia Pública _____
Becas/Concesiones _____	Subsidio de Vivienda _____
Asignación Familiar Militar _____	Otro _____

**INGRESO MENSUAL TOTAL \$**  

Entiendo que la información proporcionada es verdadera y correcta. Doy permiso a Community Health Care para que verifique la información sobre mi estatus financiero. Yo entiendo que debo proporcionar comprobante de esta información en mi siguiente visita o dentro de 30 días a partir de hoy (lo que suceda primero) para poder calificar para la escala de pagos con descuento. Si no recibimos esta información, entonces se cobrará precio completo por la visita.

<b>Nombre del Paciente</b>	<b>Firma del Paciente</b>	<b>Fecha</b>
<b>Fecha de Nacimiento del Paciente</b>	Firma del Padre o Tutor (si es aplicable)	Fecha

For Office Use Only:			
Annual Income \$ _____	# in Household _____	Sliding Scale Level _____	Initials _____

## Notificación de Elegibilidad Para Seguro Médico

Clinica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

- El paciente no es elegible para seguro médico (acepte solicitud de cuota en la escala de precios de acuerdo a declaración y cambie la fecha de vencimiento a 1 año de la fecha de la declaración)
- La elegibilidad del paciente está pendiente (el paciente aplicó o está en el proceso de aplicación con el Navegador; acepte la solicitud de cuota en la escala de precios de acuerdo a la declaración y cambie la fecha de vencimiento a un mes de la fecha de la declaración hasta que la elegibilidad se determine)
- El paciente es elegible pero decidió no aceptar la solicitud para el seguro médico o reunirse con un navegador (el paciente debe proporcionar comprobante de ingresos de acuerdo a la política de las clínicas: talon de cheques del último mes, declaración de impuestos u otro comprobante aprobado)

***Verifico que he se me ha ofrecido solicitar un seguro médico pero me niego a solicitarlo.***

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- El paciente es elegible y ahora tiene seguro médico (llene solicitud de cuota en la escala de precios de acuerdo a la declaración; cambie la fecha de vencimiento a 1 año de la fecha de la declaración)
- No puede inscribirse a un seguro médico, el paciente perdió el período de inscripción abierta, no es elegible para (SEP) Período de Inscripción Especial (el paciente debe traer prueba de ingresos)
- El paciente no se presentó o canceló la cita con el Asistente de Seguros (el paciente debe proporcionar comprobante de ingresos)

Firma del Miembro del Personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Form is scanned into patient medical record.*

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a alguna droga/medicina?  Sí  No      ¿Algún alimento/otra sustancia?  Sí  No

Si es así, anote la medicina y/o alimento/sustancia y describa las reacciones: \_\_\_\_\_

**Medicinas Actuales:** (incluya cualquier medicina sin receta/hierbas medicinales)

Por favor traiga sus medicamentos con usted a su próxima cita si no los trajo hoy.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sí No**

- ¿En los últimos 12 meses, ha experimentado manoseo incómodo? Contactos sexuales forzados?  
  ¿En los últimos 12 meses, ha estado en una relación en la que hubo amenazas, empujones, agarrones, golpes, puntapiés, cosas quebradas u otro tipo de daño?

**Historia Médica: ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes?**

**Sí**

- Anemia  
 Dolor de pecho/angina  
 Ansiedad/pánico  
 Artritis  
 Asma  
 Arritmia cardíaca  
 Coágulos de sangre  
 Cáncer (tipo): \_\_\_\_\_  
 COPD o enfisema  
 Depresión  
 Diabetes

**Sí**

- Colesterol alto/lípidos elevados  
 Enfermedad de la vesícula  
 Enfermedad por reflujo gastroesofágico (trastorno digestivo/reflujo)  
 Dolores de cabeza severos, migrañas  
 Enfermedades del corazón  
 Problemas del hígado  
 Presión arterial alta/hipertensión  
 Ataque de corazón/infarto de miocardio  
 Problemas de los riñones/enfermedad renal  
 Ataque cerebral  
 Problemas de la tiroides

**Cirugías/Lesiones Graves/Hospitalización (incluya el año)**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última colonoscopia o examen de detección de cáncer de colon? \_\_\_\_\_

**Solo Hombres: ¿Ha tenido alguno de los siguientes?**

**Sí No**

- Problemas de la próstata  
  ¿Alguna vez ha tenido Ud. una enfermedad transmitida sexualmente? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Sí No**

- Problemas del pene/testículos

**Solo Mujeres: ¿Ha tenido alguno de los siguientes?**

**Sí No**

- Problemas de la matriz/trompos/ovarios  
  Histerectomía  
  Un Papanicolaou anormal      Fecha de su último examen Papanicolaou: \_\_\_\_\_  
  Problemas con los senos (bolas/deshecho)      Fecha de su última mamografía: \_\_\_\_\_  
  Escaneo de hueso (DEXA)      Fecha de su último escaneo de hueso: \_\_\_\_\_  
  Una enfermedad transmitida sexualmente      ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 # Embarazos \_\_\_\_\_ # Abortos Espontáneos \_\_\_\_\_ # Nacimientos Vivos \_\_\_\_\_ # Abortos \_\_\_\_\_

Método actual de planificación familiar: \_\_\_\_\_

(over)

**Historial de Familia:** Incluya padres, hermanas, hermanos, tías, tíos, abuelos (*parientes por sangre solamente*).

**¿Ha tenido algún miembro familiar uno de los siguientes?:**

Condición	Padre		Madre		Hermano/a		Otro Familiar		
	Tiene	Edad de inicio	Tiene	Edad de inicio	Tiene	Edad de Inicio	Tiene	Familiar	Edad de inicio
ADD/ADHD .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Alcoholismo .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cáncer (tipo: _____) .	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cáncer (tipo: _____) .	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cáncer (tipo: _____) .	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ataque/enfermedad de corazón .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Depresión .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Colesterol alto .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad genética (célula falciforme) _____ :	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Migrañas .....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ataque Cerebral.....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad de la Tiroides.....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Otro:.....	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**Historia Social:**

**Sí No**

**Describe**

- Tabaco (tipo, cantidad por día) \_\_\_\_\_
- Alcohol (qué tipo, con qué frecuencia) \_\_\_\_\_
- Bebidas de cafeína (qué tipo, tazas/latas por día) \_\_\_\_\_
- ¿Nació en el extranjero? Si es así, ¿dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Dificultad para dormir? (horas de sueño por la noche) \_\_\_\_\_
- ¿Estaría de acuerdo a una transfusión de sangre? \_\_\_\_\_
- ¿Usted tiene necesidades culturales o religiosas que podrían afectar su cuidado médico? \_\_\_\_\_
- ¿Usa cinturón regularmente? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alarma de humo? \_\_\_\_\_

**Historia Social Confidencial:**

- ¿Usa drogas recreativas? Si es así, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Cómo las toma? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer?  Masculino  Femenino
- ¿Cuál es su género ahora?  Masculino  Femenino  Transgénico de Femenino-a-masculino
- Transgénico de Masculino-a-femenino  Otro  Prefiero no responder
- ¿Que describe mejor su orientación sexual?  Lesbiana o Gay  Hetero
- Bisexual  Otro  No sé  Prefiero no responder

# Autorización para Proporcionar/Obtener Información Confidencial Médica/Dental



## 1. Información del Paciente:

**Nombre legal del paciente:** \_\_\_\_\_

Otros nombres/nombres utilizados anteriormente: \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 2. La información puede ser proporcionada **POR**:

**Nombre del proveedor u organización QUE PROPORCIONA la información:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **CP:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

## 3. La información puede ser proporcionada **A**:

**Nombre de la persona u organización QUE RECIBE la información:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**O**

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

## 4. ¿Qué tipo de información desea proporcionar? (Se podrá aplicar cuota por las copias)

Registros de los últimos 2 años de visitas **MÉDICAS**       Registros de los últimos 2 años de visitas **DENTALES**

Todos los registros desde la fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Información específica (explique): \_\_\_\_\_

Otro (explique): \_\_\_\_\_

## 5. Yo específicamente autorizo la liberación de información que pueda estar en mi historial relacionado con enfermedades de transmisión sexual, trastornos mentales/psiquiátricos, historial de drogas y alcohol y/o información sobre VIH/SIDA a menos que yo diga lo contrario abajo. Yo **NO** autorizo proporcionar la siguiente información:

\_\_\_\_\_

## 6. ¿Por qué solicita esta información? (marque UNA casilla)

Doctor     Abogado     Personal     Seguro     Otro: \_\_\_\_\_

## 7. Entiendo que:

- Una vez liberada la información, podría ser publicada por la persona que la reciba (si no es un hospital, clínica, un médico o una compañía de seguros de salud) y podrá no estar protegida por las leyes de privacidad de la información médica.
- Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito a Registros Médicos de CHC. Si cancelo mi autorización, no afectará ninguna acción que CHC haya tomado basada en esta autorización.
- CHC no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad si firmo esta autorización.

## 8. Esta autorización se vence \_\_\_\_\_ . Si no se especifica fecha de vencimiento o del evento, esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha en que se firmó.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Paciente, padre, tutor, o representante autorizado (Es posible que se requiera documentación de autoridad para firmar en nombre del paciente)

Si no es el paciente, parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente Menor (REQUERIDO si el paciente es de 13-17 años de edad)**