

Información de Paciente					
<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>Inicial</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Dirección (correo)</b>					<b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>CP</b>	<b>Género</b>
Dirección (de facturas, si es diferente a la del correo)					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Ciudad		Estado		CP	<b>Estado Civil</b>
					<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado
<b>Teléfono en Casa</b>	Teléfono Durante el Día	<b>Número de contacto preferido:</b>	<input type="checkbox"/> Teléfono en casa <input type="checkbox"/> Teléfono durante el día		<b>Estado de Estudiante</b>
<b>Correo Electrónico*</b>		<input type="checkbox"/> Usted tiene mi permiso para dejar un mensaje detallado en mi teléfono preferido			<b>Veterano/Militar</b>
<b>¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?</b> <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo de voz		<input type="checkbox"/> Tengo un proveedor médico primario	<input type="checkbox"/> Tengo un proveedor dental	<b>Farmacia preferida:</b>	
<b>Nombre de Contacto de Emergencia</b>		<b>Relación del contacto de emergencia con usted</b>		<b>Teléfono de Contacto de Emergencia</b>	
<b>¿De que grupo étnico se usted?</b>	<b>¿De qué raza se considera usted?</b>				
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
<b>Idioma Primario</b>	<b>¿Necesita intérprete?</b>	<b>Si no tiene hogar, tipo de albergue</b>			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Comparte <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido			
<b>Para Trabajadores Agrícolas:</b>	Empleador	Dirección/Teléfono del Empleador			
<input type="checkbox"/> De Estación <input type="checkbox"/> Migratorio					
Información del Responsable (si es diferente que lo anotado arriba)					<input type="checkbox"/> La misma que arriba
<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>Inicial</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<b>Dirección (correo)</b>					<b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>CP</b>	<b>Género</b>
Dirección (de facturas, si es diferente a la del correo)					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Ciudad		Estado		CP	<b>Estado Civil</b>
					<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado
<b>Teléfono en Casa</b>	Teléfono Durante el Día	<b>Número de contacto preferido:</b>	<input type="checkbox"/> Teléfono en casa <input type="checkbox"/> Teléfono durante el día		<b>Estado de Estudiante</b>
<b>Correo Electrónico*</b>					<b>Veterano/Militar</b>
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Activo

\* 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.

Información del Responsable			
<b>¿De que grupo étnico se usted?</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<b>¿De qué raza se considera usted?</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco
<b>Idioma Primario</b>	<b>Si no tiene hogar, tipo de albergue</b> <input type="checkbox"/> Comparte <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido		
<b>Para Trabajadores Agrícolas:</b> <input type="checkbox"/> De Estación <input type="checkbox"/> Migratorio	Empleador	Dirección/Teléfono del Empleador	
Información de Seguro Primario			
Nombre de la Compañía	<b>POR FAVOR DÉ LA TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIÓN PARA HACER UNA COPIA</b>		
Si es relacionado a un Accidente de Auto, por favor proporcione la información a continuación			
Nombre de la Compañía	Número de ID de Póliza	Número de Grupo	Fecha de Vigencia
Dirección de Reclamos de Seguro			Fecha de Accidente
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento		Parentesco al Paciente
¿Cómo se enteró de nosotros?			
<input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Departamento de Salud de Tacoma/Pierce Co. <input type="checkbox"/> Empleado de CHC <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Evento Comunitario <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Programa de Intercambio de Aguja <input type="checkbox"/> Trabajador Promotor de Recursos <input type="checkbox"/> Hospital—¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____			

### Autorización, Consentimiento y Asignación de Beneficios

Por medio de la presente doy consentimiento a Community Health Care para recibir cuidado Ambulatorio con un equipo clínico multidisciplinario incluyendo: Evaluación, Diagnóstico, Consulta y Tratamiento Médico y/o Dental, Psiquiátrico o de Salud Conductual. Estos servicios podrán ser ofrecidos en una de nuestras clínicas o a través de un sistema de telemedicina, utilizando equipo para conferencias en video. Doy autorización para que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Community Health Care y comprendo que soy responsable financieramente por todos los servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo en ceder información referente al Tratamiento/ Consulta Médica y/o Dental, Psiquiátrica, o de Salud Conductual para el propósito de pago o para operaciones de servicios de salud. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada pudiendo ser utilizada para reclamos futuros. Puedo revocarla en cualquier momento dando aviso por escrito. Certifico que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Community Health Care.

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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



## 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.*



# 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)**