

Community Health Programs
Formulario de Registro de Pacientes

Apellido: _____

Nombre de pila: _____

Nombre preferido: _____

Inicial 2° nombre: _____ Sufijo: _____ Apellido anterior: _____ Género: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____

Correo postal: _____

Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Tel. de casa (____) _____ Celular (____) _____ Tel. del trabajo (____) _____

Correo electrónico del paciente: _____

Idioma: inglés Otro: _____ (especifique)

Raza: Hispana o latina/Española Caucásica Afroamericana/Negra Asiática
 Amerindia/Indígena de Alaska Otra: (favor de especificar) _____

Etnicidad: Hispana o latina No hispana o latina

Estado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Concubino/a

Confinado/a al hogar: Sí No

Médico de cabecera: _____

Originario de Hawai: Sí No

Vivienda protegida: Sí No

NIVEL DE INGRESOS: Para responder, vea las pautas federales de pobreza en la página siguiente ** Requerido por el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos**

POR FAVOR, MARQUE LA CASILLA APROPIADA: 100% y menor 101%-150% 151%-200% 201% y mayor No lo sabe

Trabajador agrícola: No Temporal Migratorio

¿Le gustaría recibir correspondencia de CHP, hojas informativas o avisos sobre servicios de nuestro centro de salud? Sí No

Condición de desamparo: No desamparado Comparte habitación En refugio En la calle De paso Otra No la sabe

Veterano militar: Sí No

¿Es usted o su familia miembro participante de WIC? Sí No

¿Cómo se enteró de nosotros? Publicidad Paciente de CHP Médico de cabecera Hospital Especialista
 Compañía de seguros Recomendación verbal Otro: _____

Pautas Federales de Pobreza 2015				
Ingreso semanal	100% y menor	101%-150%	151%-200%	Mayor a 200%
Número de familia				
1	\$ 226.35	\$ 339.54	\$ 452.71	\$ 679.06
2	\$ 306.35	\$ 459.54	\$ 612.69	\$ 919.04
3	\$ 386.35	\$ 579.54	\$ 772.69	\$ 1,159.04
4	\$ 466.35	\$ 699.54	\$ 932.69	\$ 1,399.04
5	\$ 546.35	\$ 819.54	\$ 1,092.69	\$ 1,639.04
6	\$ 626.35	\$ 939.54	\$ 1,252.69	\$ 1,879.04
7	\$ 706.35	\$ 1,059.54	\$ 1,412.69	\$ 2,119.04
8	\$ 786.35	\$ 1,179.54	\$ 1,572.69	\$ 2,359.04
por cada persona más, sume:	\$ 80.00	\$ 120.00	\$ 160.00	\$ 240.00
Ingreso mensual	100% y menor	101%-150%	151%-200%	Mayor a 200%
Número de familia				
1	\$ 980.83	\$ 1,471.33	\$ 1,961.75	\$ 2,942.58
2	\$ 1,327.50	\$ 1,991.33	\$ 2,655.00	\$ 3,982.50
3	\$ 1,674.17	\$ 2,511.33	\$ 3,348.33	\$ 5,022.50
4	\$ 2,020.83	\$ 3,031.33	\$ 4,041.67	\$ 6,062.50
5	\$ 2,367.50	\$ 3,551.33	\$ 4,735.00	\$ 7,102.50
6	\$ 2,714.17	\$ 4,071.33	\$ 5,428.33	\$ 8,142.50
7	\$ 3,060.83	\$ 4,591.33	\$ 6,121.67	\$ 9,182.50
8	\$ 3,407.50	\$ 5,111.33	\$ 6,815.00	\$ 10,222.50
por cada persona más, sume:	\$ 346.67	\$ 520.00	\$ 693.33	\$ 1,040.00
Ingreso anual	100% y menor	101%-150%	151%-200%	Mayor a 200%
Número de familia				
1	\$ 11,770.00	\$ 17,656.00	\$ 23,541.00	\$ 35,311.00
2	\$ 15,930.00	\$ 23,896.00	\$ 31,860.00	\$ 47,790.00
3	\$ 20,090.00	\$ 30,136.00	\$ 40,180.00	\$ 60,270.00
4	\$ 24,250.00	\$ 36,376.00	\$ 48,500.00	\$ 72,750.00
5	\$ 28,410.00	\$ 42,616.00	\$ 56,820.00	\$ 85,230.00
6	\$ 32,570.00	\$ 48,856.00	\$ 65,140.00	\$ 97,710.00
7	\$ 36,730.00	\$ 55,096.00	\$ 73,460.00	\$ 110,190.00
8	\$ 40,890.00	\$ 61,336.00	\$ 81,780.00	\$ 122,670.00
por cada persona más, sume:	\$ 4,160.00	\$ 6,240.00	\$ 8,320.00	\$ 12,480.00

INFORMACIÓN SOBRE CONTACTOS

Apellido de padre o tutor (si corresponde): _____

Nombre de pila de padre o tutor (si corresponde): _____

2° nombre de padre o tutor (si corresponde): _____ Sufijo del padre o tutor (si corresponde): _____

Nombre de contacto para emergencias: _____

Parentesco con este contacto para emergencias: _____

Teléfono de este contacto: (_____) _____ Celular de este contacto: (_____) _____

Nombre de pariente más cercano: _____

Parentesco con este pariente: _____

Teléfono de este pariente más cercano: (_____) _____

Nombre del empleador del paciente: _____

Teléfono del empleador del paciente: (_____) _____

Ocupación del paciente: _____

INFORMACIÓN SOBRE ASEGURANZA

Esta información es vital para facturar sus citas médicas apropiadamente.

EL COSTO POR EL SERVICIO ES PAGADERO AL MOMENTO DE RECIBIRLO, A MENOS QUE SE HAYAN HECHO ARREGLOS PREVIOS.

Información del garante: (La persona responsable de pagar facturas por servicios no cubiertos por la aseguranza. Esta persona puede ser o no ser el tenedor de la póliza de aseguranza de salud).

Apellido: _____

Nombre de pila: _____ Inicial 2° nombre: _____ Sufijo: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Correo postal: _____

Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de Seguro Social: ___/___/___ Teléfono: (____) _____

Correo electrónico: _____

Firma del garante: _____

Información del tenedor de póliza: (Suscriptor de la póliza de aseguranza de salud).

Apellido: _____

Nombre de pila: _____ Inicial 2° nombre: _____ Sufijo: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Correo postal: _____

Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de Seguro Social: ___/___/___ Teléfono: (____) _____

Correo electrónico: _____

Por favor, dé a la recepcionista su tarjeta de aseguranza para conservar una copia en su archivo. Por favor, complete enteramente la información de aseguranza que sigue para garantizar la exactitud de facturación. Si Ud. tiene más de dos tipos de aseguranza sírvase notificarlo a la recepcionista.

Primera aseguranza		Segunda aseguranza	
Nombre de aseguradora		Nombre de aseguradora	
Número de póliza		Número de póliza	
Número de grupo		Número de grupo	
Fecha de vigencia		Fecha de vigencia	
Monto de co-pago		Monto de co-pago	
Tipo de plan de seguro		Tipo de plan de seguro	

MODOS DE COMUNICACIÓN

Nosotros ahora usamos un **sistema automatizado de mensajes y recordatorios** para notificarle citas próximas, resultado de análisis de laboratorio y tests, avisos e información de cuentas. Para sus citas próximas se le contactará con tres días de anticipación a su cita y se le dará la oportunidad para confirmar o cambiar fecha de cita. Para resultados de análisis de laboratorio y exámenes, se le indicará que seleccione ya sea escuchar sus resultados por teléfono o leerlos a través del portal de pacientes. Es por eso que necesitamos que Ud. responda a algunas preguntas para que configuremos el sistema de mensajes y recordatorios de acuerdo a su preferencia.

Mensaje de texto – Si quiere recibir mensajes de texto se debe registrar en el Portal de Pacientes (Por favor, tome nota que el mal uso del portal puede ocasionar la restricción en cualquier momento).

Citas	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto
Resultados de laboratorio/tests	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto
Cuentas	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto
Avisos	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto
Cartas y publicidad de CHP	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto

Como organización sin fines de lucro, es posible que le llamemos como un esfuerzo por recaudar fondos de apoyo, pero no compartiremos de ninguna manera sus datos personales con organizaciones ajenas para tales fines.

Por favor, proporcione la información siguiente para nuestro sistema automatizado de mensajes:

Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____

¿Podemos dejarle un mensaje en su máquina contestadora? Sí No

¿Le gustaría registrarse en el Portal de Pacientes? Sí No

Nosotros también necesitamos saber si existe alguna restricción respecto a quien se le permite reprogramar las citas de Ud. Por favor, tome nota de lo que sigue:

Por favor tome nota: Si desea cambiar cualquiera de esta información en el futuro, Ud. tendrá que avisarnos.

FIRMAS

Participación en el cuidado médico

Por este acto, pido se permita que las personas siguientes participen en mi cuidado médico o en el proceso de decisión de pago. Entiendo que a estas personas se les puede dar información sobre salud o pago con respecto a mí, en caso de que yo esté indisponible o imposibilitado para comunicarme. CHP decidirá en base a esta información hasta que yo revoque o modifique esta autorización por escrito. En caso de que la persona indicada abajo participe en las decisiones de cuidado de la salud por este paciente, se debe completar una carta de apoderado para decisiones de salud.

Nombre	Parentesco	Teléfono #	Información a divulgar

No divulgar información alguna a nadie.

Autorización para recibir tratamiento

Yo, por este acto autorizo el suministro de atención médica, lo cual puede incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y demás tratamientos que el doctor o proveedor de salud a cargo de mi cuidado determine necesarios. También acepto que no se me han dado garantías con respecto al resultado del examen o tratamiento hecho en este centro de salud.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si es representante legal, indique el parentesco con el paciente: _____

Prácticas de privacidad/Responsabilidades de los pacientes

Con mi firma abajo, indico que se me ha proporcionado una copia del aviso de prácticas de privacidad y de las responsabilidades de los pacientes.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si es representante legal, indique el parentesco con el paciente: _____

Consentimiento financiero

Este documento es un consentimiento financiero "vitalicio" concerniente a registros de servicios de consulta externa, el cual seguirá vigente hasta que yo lo revoque por petición escrita. Autorizo para que directamente se haga el pago a CHP por cualquier servicio pagadero bajo los términos de mi aseguranza/tercera pagadora. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier cargo o saldos remanentes no cubiertos por mi aseguranza/tercera pagadora. Autorizo a CHP para que divulgue toda la información médica respectiva a fin de obtener el pago por los servicios prestados, examinar o evaluar el cuidado del paciente y/o preparar el cuidado médico continuo.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si es representante legal, indique el parentesco con el paciente: _____

Verified Information and Made Necessary Changes to EMR

Date:	Date:	Date:	Date:	Date:
Initials:	Initials:	Initials:	Initials:	Initials: