



# Suncoast Community Health Centers, Inc.

Solo para uso de oficina: Lugar de Servicio: \_\_\_\_\_ # de Cuenta: \_\_\_\_\_

## REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre Legal del Paciente		Nombre/Pronombre Preferido		
Su nombre tendrá que aparecer igual como esta con la compañía de seguro. Esto es para que la compañía de seguro pueda ser facturado. Si su nombre preferido o pronombres son diferentes de esto, por favor háganoslo saber.				
Sexo legal <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F (marque uno)		Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:		
Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año	# de Seguro Social
	/	/		

Teléfono de Casa		Número de Celular		
Dirección Para Cartas	#Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Residencial	#Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (recordatorios de citas, etc.) en el correo de voz o mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Casa ( <b>voz</b> ) <input type="checkbox"/> Celular ( <b>voz</b> ) <input type="checkbox"/> Celular ( <b>mensaje de texto</b> )				
Correo Electrónico		¿Le gustaría tener acceso a Portal del Paciente?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Idioma de Preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		¿Es un estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Raza				
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Otro del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro:				
Origen Étnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino				
Trabajador Agrícola por Temporada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Campesino Migrante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Veterano Militar de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ambulante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está Trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del Seguro Médico		# de Póliza		
		Nombre del Empleador		

En caso de Emergencia a quien llamar:				
Nombre		Relación con el Paciente		Acceso de HIPAA
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
# Teléfono	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con paciente	# Seguro Social	Empleado Sí o No
1. Jefe de Familia				
2. Restante Miembros del hogar				
3.				
4.				
5.				
6.				



# Suncoast Community Health Centers, Inc.

<b>Sólo para uso de oficina</b>					
Número de miembros que solicitan el descuento:			Total de Ingresos Verificados:		
Tipo de Ingresos Utilizados: Talones de Cheque    Declaración de Impuestos    Compensación al Trabajador    Retiro/Pensión				Frecuencia:	
Manutención de Menores    Asistencia en Efectivo    Desempleo				S/Q/M/A	
SSI/SSDI    Otro: _____					
Nivel de Pobreza	Calificación de Descuento Médico	Calificación de Descuento Dental	Calificación de Descuento de Planificación Familiar (Titulo X)	Fecha de Validez	Fecha de Expiración

Al firmar abajo, yo reconozco que la antedicha información es fiel y correcta a mi leal saber. Además, comprendo que el descuento proporcional a mis ingresos se calculó basado en ingresos y el tamaño de mi unidad familiar y solo es válido por 6 meses y se revisará en cada consulta. Al vencerse los 6 meses, necesito volver a solicitar y proporcionar constancias nuevas de ingresos para continuar recibiendo el descuento.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Tutor Legal      Fecha      Nombre y Firma del Empleado SCHC      Fecha

### AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Inicial Yo autorizo al personal de SCHC a proveer atención médica y dental necesaria, y acceso al historial de Rx externa. Autorizo el pago de beneficios médicos/dentales a SCHC que provengan de cualquier tercer pagador. Yo comprendo y me responsabilizo por los servicios proveídos por SCHC. Entiendo que no se pueden proveer servicios a un menor de edad sin la presencia de un padre/tutor legal, padrastro, abuelo/a del menor, un adulto hermano/a del menor, adulto tío/a del menor, o una autorización por escrito/verbal de un padre.

### ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Inicial Yo entiendo que como paciente tengo ciertas responsabilidades con mi proveedor de salud. SCHC me proporciona la copia de acuerdo de responsabilidad del paciente, al firmar a continuación, accedo a cumplir con el acuerdo. Yo entiendo que si no tengo seguro médico y no proveo mis ingresos seré clasificado como un paciente de pago completo, sin ningún descuento. Yo me responsabilizo por la tarifa no cubierta por mi seguro médico.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Tutor Legal      Fecha      Testigo      Fecha

### DIRECTIVA AVANZADA

He recibido información sobre Directiva Avanzada de cuidados de salud.

Yo tengo una Directiva Avanzada y he dado una copia para mi expediente médico.

En este momento no tengo una Directiva Avanzada.

Inicial



# Suncoast Community Health Centers, Inc.

## AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a dar su consentimiento a exámenes y tratamientos médico y/o dental considerado necesario por el personal de SCHC para el siguiente menor de edad: \_\_\_\_\_

(Nombre del Menor de Edad y Fecha de Nacimiento)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal      Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo      Fecha

### HIPAA

Inicial

Yo reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de SCHC.

Liste los miembros de familia u otra persona, si alguna, a la cual podemos informar sobre su diagnóstico y condición médica, opciones de tratamiento, y responsabilidad financiera.

1. Nombre	Fecha de Nacimiento	#Teléfono	Relación	
Dirección	#Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
2. Nombre	Fecha de Nacimiento	#Teléfono	Relación	
Dirección	#Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal      Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo      Fecha