



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 al nacer <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 (voz) <input type="checkbox"/> Celular (voz) <input type="checkbox"/> Celular (mensaje de texto) | | | | |
| 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 Hawái <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.

| Sólo para uso de oficina | | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|--|------------------|---------------------|
| 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