



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Centro Comunitario de Salud Harbor

Registro de un nuevo paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Dirección electrónica _____

Dirección _____

Dirección postal si es diferente _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular _____ Teléfono en el trabajo _____ Otro/Teléfono celular _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Contacto primario preferido _____ Casa _____ Trabajo _____ Otro/celular _____

Las únicas personas que verán esta información son el personal de registro, administradores del centro de salud y las personas que participan en la mejora de la calidad y la supervisión. La confidencialidad de lo que usted dice está protegida por la ley.

¿Cómo se enteró de nuestro centro de salud? _____

Por favor, elija cómo desea que nos comuniquemos con usted para recordarle las citas:

- Mensajes telefónicos Sí / No
 Mensaje de texto Sí / No
 Correo electrónico Sí / No Dirección de correo electrónico _____

Persona a notificar en caso de emergencia:

Nombre _____ N.º de teléfono _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Persona responsable (si es diferente que el paciente):

Apellido _____ Inicial _____ Nombre _____

Dirección _____ N.º de teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Centro Comunitario de Salud Harbor

Registro de un nuevo paciente

Nos gustaría que nos indique su identidad cultural para que podamos evaluar el tratamiento que reciben todos los pacientes y tener la seguridad de que todos reciben la atención de más alta calidad.

(Por favor, seleccione su identificación cultural que mejor describa sus antepasados)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Africano (Especificar: _____)
<input type="radio"/> Afroamericano
<input type="radio"/> Americano
<input type="radio"/> Indio Asiático
<input type="radio"/> Brasileño
<input type="radio"/> Criollo de Cabo Verde
<input type="radio"/> Isleño del Caribe (Especificar: _____)
<input type="radio"/> Chino
<input type="radio"/> Colombiano | <input type="radio"/> Cubano
<input type="radio"/> Dominicano
<input type="radio"/> Filipino
<input type="radio"/> Guatemalteco
<input type="radio"/> Haitiano
<input type="radio"/> Hondureño
<input type="radio"/> Japonés
<input type="radio"/> Coreano
<input type="radio"/> Laosiano
<input type="radio"/> Mejicano, Mejicano americano, Chicano | <input type="radio"/> Medio Oriente (Especificar: _____)
<input type="radio"/> Portugués
<input type="radio"/> Puertorriqueño
<input type="radio"/> Ruso
<input type="radio"/> Salvadoreño
<input type="radio"/> Vietnamés
<input type="radio"/> Otro (Especificar: _____)
<input type="radio"/> Desconocido/no especificado |
|--|--|---|

Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza: Por favor, seleccione una o más de una. <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro americano o negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro: _____	Nivel de educación más alto: EE.UU. / Fuera de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> No terminó la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria /GED <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Es usted un trabajador migrante? (Agrícola) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por temporada
¿Cuál es su grupo étnico? <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No es Hispano <input type="checkbox"/> Declinó responder <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> (Especificar): _____	Idioma principal: _____ ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



Centro Comunitario de Salud Harbor

Permiso para fotografiar

Acuerdo que Harbor Health Services, Inc. (HHSI) podría tomar una foto digital de mi persona.

Entiendo que:

- La foto será almacenada permanentemente en mi registro médico.
- La foto será usada para identificarme cuando vengo para recibir atención.
- La foto será almacenada con seguridad para proteger mi privacidad.
- La foto **NO** será usada fuera de HHSI, a menos que yo (o mi representante legal) brinde permiso por escrito.
- HHSI será dueño de la foto. Puedo ver la foto o recibir copias si yo (o mi representante legal) firma un formulario de autorización de entrega

Firma del paciente / garante _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Firma de la persona de HHSI _____ El paciente rehusó la fotografía _____

Reconocimiento de aceptación del paciente de la

Notificación de Prácticas de Privacidad de

Harbor Health Services, Inc.

He recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de Harbor Health Services, Inc.

Firma del paciente / garante _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Firma del personal de HHSI _____ El paciente rehusó firmar _____



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Harbor Health Services, Inc.

Declaración del Ingreso

Nombre del paciente: _____ Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¿Por qué necesita Harbor Health esta información?

Nuestro Centro Comunitario de Salud recibe fondos federales para ayudarnos a proveer el cuidado y los servicios a nuestros pacientes. Para poder recibir estos fondos, se nos requiere que preguntemos y actualicemos esta información anualmente.

La confidencialidad de lo que usted dice está protegida por la ley.

Tamaño de la familia

Contándose a usted mismo, su cónyuge y todos los niños dependientes (los que tienen menos de 18 años de edad a quienes reclama como dependientes en su declaración del impuesto federal)

¿Quién es el jefe primario de la familia de este paciente? _____

Relación con el paciente: _____

¿Cuántas personas hay en su familia? _____

Ingreso

¿Cuál es su ingreso bruto (ingreso antes de los impuestos) para su familia?

\$ _____

Seleccione una:

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Anualmente

Firma del paciente / garante _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Firma del personal de HHSI _____ El paciente rehusó divulgar _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Centro Comunitario de Salud Harbor

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre del seguro _____ Número de ident. del miembro _____

Nombre del suscriptor _____ N.º de grupo _____

Relación con el Paciente: Padre/Tutor legal Cónyuge Compañero Usted mismo

Fecha de nacimiento _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Nombre del seguro _____ Número de ident. del miembro _____

Nombre del suscriptor _____ N.º de grupo _____

Relación con el Paciente: Padre/Tutor legal Cónyuge Compañero Usted mismo

Fecha de nacimiento _____

Consentimiento y autorización

1. Solicito atención a Harbor Health Services o una de sus entidades afiliadas para el tratamiento de mi condición de salud mental o médica/dental y/o para la atención intensiva o de rutina de mi recién nacido. Esta atención puede incluir análisis médicos, exámenes u otros tratamientos que son necesarios para mi condición. Estoy de acuerdo con esto.
2. Esta firma nos autoriza a presentar la información requerida sobre sus servicios médicos a su Asegurador de la Atención Médica para el pago. La autorización también permite el pago de los beneficios directamente al proveedor de sus servicios.
3. Autorizo la entrega de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar esta reclamación. También autorizo el pago de los beneficios médicos / del gobierno al médico / proveedor del servicio descrito en esta reclamación.
4. Entiendo que cualquier saldo luego del pago de la compañía de seguros o **servicios no reembolsados por mi compañía de seguros** son mi responsabilidad por pronto pago. Si yo no produzco **o confirmo que se obtuvo una derivación válida** según lo requiere mi compañía de seguros que seré responsable por la falta de pago de dichos cargos.

Información del seguro y de pago

Las entidades afiliadas de Harbor Health reciben el pago por la atención de pacientes de compañías de seguro, Medicare, y/o otros programas de terceros.

5. Acuerdo que mi compañía de seguros, Medicare u otros programas de pago de terceros hagan los pagos directamente a Harbor Health y/o sus entidades Afiliadas
6. Acuerdo dejar que mis médicos y/o Harbor Health presenten reclamaciones y la información requerida del tratamiento a mi compañía de seguros, Medicare u otro programa de pago de terceros por mi atención y a que reciban directamente el pago.
7. Entiendo que debo pagar todos los cargos, copagos y deducibles que no estén cubiertos por mi compañía de seguros, Medicare u otro programa de pago de terceros.

Permiso para comunicarse con su médico de atención primaria y/o otros proveedores de atención comunitaria: Para poder asegurar la continuidad de la atención, a menudo es necesario comunicar información a su médico de atención primaria, otros proveedores de atención comunitaria y a su compañía de seguros. Estas comunicaciones pueden incluir información sobre su tratamiento médico/dental y tratamiento de salud mental o abuso de sustancias. Esta información se limita a la que sea necesaria para la determinación de la cobertura y la coordinación de su atención. Muchas compañías de seguros requieren que documentemos si permitirá o no que el clínico se comunique con su médico de atención primaria y/o compañía del seguro médico.

Firma del paciente / garante _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Firma del personal de HHSI _____ El paciente rehusó firmar _____