

Sección 1: Información del paciente

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Númreo de Seguro Social: _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: Casa Celular Trabajo _____

Modo de comunicación: Sin preferencia Teléfono Correo MyChart (Para MyChart proveer correo electrónico)

Correo Electrónico: _____ Estado Civil: Soltero Casado Otro: _____

Idioma primario: Inglés Español Lenguaje de Señas Traductor: _____ Otro: _____

Origen étnico (Marque Uno): Latino/Hispano No Latino/Hispano No reportado/Rechazado

Raza: (Marque todas las que aplican) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Caucásico Nativo Hawaiano/Otro Isleño Pacifico No Reportado/Rechazado Otro: _____

Identidad de Género: Femenino Masculino Femenino Transgénero (hombre a mujer) No Reportado/Rechazado Inseguro Masculino Transgénero (Mujer a hombre) No Binario (Identificar como cualquier otro género que no sea mujer o hombre) Otro _____

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual/Gay/Lesbiana Bisexual Inseguro Otro No Reportado/Rechazado

Empleo: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Status de Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Independiente Retirado Sin Empleo

Status Sin Hogar: No estoy sin hogar Refugio Transición Compartiendo hogar Viviendo en la calle Otro _____

Status del Trabajador: Migrante No Migrante Temporal Veterano: Si No Desabilitado? Si No

Necesidades Especiales? Ninguna Lentes Aparatos Auditivos Otro _____ el Paciente rechazo

1. Nombre de Farmacia: _____ Ciudad: _____ Pedido por Correo: Si No

2. Nombre de Farmacia: _____ Ciudad: _____ Pedido por Correo: Si No

*RVPCS es una organización financiada federalmente y por lo tanto se requiere preguntar a nuestros pacientes su orientación sexual así como su identidad de

Sección 2: Información de la persona responsable de la cuenta

Persona responsable: Paciente (no es necesario completar el resto de esta sección) Persona Empresa

Relación del paciente con el responsable: Niño Padre Esposo(a) Empleador Otro: _____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Númreo de Seguro Social: _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: Casa Celular Trabajo _____

Sección 3: Información sobre el hogar y los ingresos

RVPCS es una organización financiada federalmente y por lo tanto se requiere preguntar a nuestros pacientes acerca de los ingresos de su familia para nuestros reports. Si usted necesita asistencia financier, por favor pregunte como solicitar nuestro Programa de Descuento.

Por favor indique el igreso anual familiar (esta información se requiere para reporte Federal)

Cuantas personas hay en el hogar? _____

___ \$0-\$5,000 ___ \$5,000-\$10,000 ___ \$10,000-\$20,000 ___ \$20,000-\$30,000 ___ \$30,000-\$40,000

___ \$40,000-\$50,000 ___ \$50,000-\$60,000 ___ \$60,000-\$70,000 ___ \$70,000-\$80,000 ___ \$80,000-\$90,000

___ \$90,000+ ___ No deso disutir o no lo se

Sección 4: Información sobre el Seguro Medico del Paciente

Por Favor permita que nuestro personal copie su(s) tarjeta(s) de seguro

Información de seguro medico primario y Numero de Poliza _____

Información de Seguro Medico Secundario y Numero de Poliza _____

El primaro de la aseguarnsa (si diferente al primaro de la aseguarnsa):

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Númreo de Seguro Social: _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

Sección 5: Información de contacto de emergencia & HIPAA

Nombre: _____ Relación _____ Phone _____ **Autorizar HIPAA:** Si No

Nombre: _____ Relación _____ Phone _____ **Autorizar HIPAA:** Si No

Nombre: _____ Relación _____ Phone _____ **Autorizar HIPAA:** Si No

Nombre: _____ Relación _____ Phone _____ **Autorizar HIPAA:** Si No

Nombre: _____ Relación _____ Phone _____ **Autorizar HIPAA:** Si No

Yo autorizo a RVPCS para usar y discutir información de salud protegida a los antes mencionados como "Autorizar HIPAA"

Sección 6: Consentimiento de Tratamiento y Autorización de Pago

Usted es responsable de su propia cuenta

Como cortesía, RVPCS enviará los cargos a su compañía de Seguro

Entienda que usted es financieramente responsable de todos los cargos tenga seguro medico o no

Consentimiento de Tratamiento por RVPCS

1. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el centro de salud no ofrece ninguna garantía con respecto a cualquier tratamiento o exámenes que pueda tener en este centro de salud.
2. Autorizo al centro de salud y a sus empleados a utilizar la información contenida en mis expedientes para los propósitos médicos apropiados y para las auditorías de mejoramiento clínico con información que se identificaría
3. Autorizo al personal médico del centro de salud a realizar cualquier examen de diagnóstico pruebas y procedimientos y para proporcionar medicamentos, tratamiento o terapia necesarios para evaluar eficazmente, diagnosticar y tratar la condición para la que estoy buscando atención. Entiendo que es la responsabilidad de el Proveedor de Salud para explicarme las razones de cualquier examen de diagnóstico en particular, exámenes o procedimientos, la avilidad de tratamientos opcionales, y los riesgos comunes y las cargas anticipadas y beneficios asociados con estas opciones.
4. Yo entiendo que los servicios que ofrece RVPCS incluyen, cuidado medico, salud mental, nutrición, y cuidado dental.
5. Yo entiendo que me retengo el derecho a rechazar cualquier examen en particular, examen, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamentos recomendados o considerados médicamente necesarios por el proveedor de salud.

PAGOS DE BENEFICIOS E INFORMACION:

Solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizado se realice en mi nombre al centro de salud por los servicios prestados a mí por el centro de salud. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí para liberar a mi compañía de Seguro y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo y estoy de acuerdo en que (independientemente el status de mi seguro medico) en última instancia soy responsable del saldo en mi cuenta por cualquier servicios profesionales prestados por el Centro de Salud.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:

Reconozco que he recibido o me ofrecieron una copia de Aviso de prácticas de privacidad de River Valley Primary Care Services.

FIRMA:

Reconozco que al firmar he leído toda la información anterior, entiendo y acepto las declaraciones anteriores, y que se me ha concedido la oportunidad de tener cualquier pregunta que podría haber abordado.

Como padre/Guardian del paciente identificado, que estoy dando mi consentimiento que _____
Nombre del menor/niño Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente/Guardian

Fecha

* Por favor, marque si el paciente está encarcelado. Debe firmar arriba para el consentimiento de tratamiento.