

# HealthReach Community Health Centers

De 0 a 11 años

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:		Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento: / /		Número del Seguro Social:	Indique su sexo según figura en su cobertura del seguro: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de correo postal:		Dirección física/local: <input type="checkbox"/> Igual a la dirección de correo postal	
		Calle:	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:
Código postal + 4:		Código postal + 4:	
Teléfono particular:	Teléfono durante el día:	Otro teléfono:	
Proveedor de atención primaria:			
Proveedor de atención dental:			
Indique su dirección de correo electrónico. Puede optar por no recibir información electrónica de nuestra parte en cualquier momento.			
Dirección de correo electrónico:			
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
<b>Solicite en recepción que le escaneen la o las tarjetas del seguro. Si su tarjeta del seguro no está vigente o no la tiene disponible, se le podrían facturar los servicios.</b>			
Soy el titular de la póliza (suscriptor) del seguro que figura en esta tarjeta <input type="checkbox"/>			
Mi cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otra persona <input type="checkbox"/> es titular de la póliza del seguro que figura en esta tarjeta.			
Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente):			Fecha de nacimiento:
Dirección de correo postal (si no es la misma del paciente):		Ciudad:	Estado:
			Código postal:
<b>PAGO DE BENEFICIOS:</b> Autorizo a mi compañía de seguros de salud o a otros terceros pagadores que sean responsables del pago de mi atención médica, lo que incluye a Medicare, MaineCare y otras aseguradoras gubernamentales y comerciales, a pagar los costos asociados con los servicios de atención médica que me brindó HealthReach Community Health Centers ("HRCHC"). Por este medio, cedo a HRCHC todo derecho que tenga a recibir el pago directamente de dichas compañías de seguro y dichos terceros pagadores, y autorizo a mis compañías de seguro y terceros pagadores a pagar directamente a HRCHC por los servicios de atención médica que HRCHC me brindó. Comprendo y acepto que (independientemente de mi situación con respecto al seguro) soy responsable en última instancia del pago del saldo (lo que incluye copagos, coseguro y deducibles) de mi cuenta por los servicios de atención médica que me brinde HRCHC. Comprendo que se puede compartir mi información de salud con mis compañías de seguro de salud u otros terceros pagadores que sean responsables del pago de mi atención médica.			
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE (la persona responsable del pago) <input type="checkbox"/> El paciente, si no es el paciente, complete los espacios que figuran a continuación</b>			
Apellido:		Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento: / /		Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección de correo postal: (si no es la misma del paciente)		Ciudad:	Estado:
			Código postal:
Número de teléfono particular:		Número de teléfono durante el día/laboral:	
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> si es otra persona, complete el espacio que figura a continuación.</b>			
Nombre:		Relación:	
Número de teléfono particular:		Número de teléfono durante el día/laboral:	

Página siguiente >>>>

# HealthReach Community Health Centers

## OTRA INFORMACIÓN NECESARIA

Este establecimiento es un centro de salud federalmente calificado (FQHC), lo que significa que recibimos una subvención federal que nos permite ofrecer a los pacientes que califican un programa con descuento. Tenemos la obligación de proporcionar determinada información sobre todos nuestros pacientes a la Oficina de Atención Médica Primaria (Bureau of Primary Health Care). Marque todos los casilleros que se apliquen a usted (o al paciente al que se atenderá).

Raza (marque todas las opciones que correspondan) y el casillero que figura a la derecha. →	Origen étnico (coloque V en una opción)
<input type="checkbox"/> Caucásico/blanco <input type="checkbox"/> Nativo de América (indio americano, nativo de Alaska) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	Independientemente de su raza, ¿usted se considera hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencia de idioma	¿Necesita alguno de los siguientes servicios? (marque una opción, si corresponde)
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Un intérprete <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas

Marque UNA OPCIÓN (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante (se muda de un lugar a otro para trabajar) <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola por temporada (no se muda para trabajar)
¿Actualmente carece de vivienda (es una persona sin hogar)?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce/no se informa
¿Alguna vez sirvió en el ejército de los EE. UU.? (Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Marines, Guardia Nacional, Marina, etc.)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Marque con un círculo la categoría que mejor describa su nivel de ingresos en relación con el tamaño de su grupo familiar (marque con un círculo la LETRA).							
Categoría A		Categoría B		Categoría C		Categoría D	
Tamaño del grupo familiar	Ingreso anual máximo:	Tamaño del grupo familiar	Ingreso anual máximo:	Tamaño del grupo familiar	Ingreso anual máximo:	Tamaño del grupo familiar	Ingreso anual máximo o superior a:
1	\$12,880	1	\$19,320	1	\$25,760	1	\$25,761
2	\$17,420	2	\$26,130	2	\$34,840	2	\$34,841
3	\$21,960	3	\$32,940	3	\$43,920	3	\$43,921
4	\$26,500	4	\$39,750	4	\$53,000	4	\$53,001
5	\$31,040	5	\$46,560	5	\$62,080	5	\$62,081
6	\$35,580	6	\$53,370	6	\$71,160	6	\$71,161
7	\$40,120	7	\$60,180	7	\$80,240	7	\$80,241
8	\$44,660	8	\$66,990	8	\$89,320	8	\$89,321
For each additional person, add \$4,540 yearly							

Página siguiente >>>>

# HealthReach Community Health Centers

## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD:

1. Sé que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que HRCHC no da garantías con respecto a los tratamientos o exámenes que podría realizarme aquí.
2. Comprendo que HRCHC y sus empleados podrían usar la información que se figura en mi historia clínica con fines médicos adecuados y para auditorías destinadas a mejoras clínicas.
3. Autorizo al personal médico de HRCHC a llevar a cabo los exámenes de diagnóstico, las pruebas y los procedimientos y a proporcionar los medicamentos, el tratamiento o la terapia que sean necesarios para evaluar, diagnosticar y tratar de forma efectiva la afección por la que estoy procurando atención. Comprendo que es responsabilidad del proveedor explicarme los motivos por los que se requiere un examen de diagnóstico, una prueba o un procedimiento en particular, las opciones de tratamiento disponibles, así como los riesgos comunes y las cargas y beneficios previstos asociados con estas opciones.
4. Comprendo que conservo el derecho a negarme a recibir un examen, una prueba, un tratamiento, una terapia o un medicamento en particular que el proveedor recomiende o considere necesario desde el punto de vista médico.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Al colocar mis iniciales aquí, doy acuse de recibo de una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HealthReach Community Health Centers.

*Iniciales del paciente/representante autorizado\* en el casillero:*

[Personal: Si no se proporcionan las iniciales, se debe documentar el motivo].

**FIRMA:** Al firmar a continuación, confirmo que he leído la información que antecede, que comprendo y acepto las declaraciones que anteceden y que me han dado la oportunidad de recibir respuestas a las preguntas que tenga.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante autorizado\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*Si firma un representante autorizado:*

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fuente de autoridad (p. ej., tutor, poder de representación)

Nombre del  
paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de  
nacimiento: \_\_\_\_\_