

Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Teléfono de Casa		Contacto Primario <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo
						Teléfono Celular		
Fecha De Nacimiento / /		SSN#		País de Nacimiento		Teléfono del Trabajo		
Dirección de Envío				Apt#		Se puede dejar mensaje de voz : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Ciudad				Estado		Código Postal		Se puede dejar un mensaje de texto : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
						* Pueden aplicarse tarifas MSG y de datos		
Dirección de Casa (si es diferente al correo)						El mejor momento para contactarle : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		Excluirse de toda Comunicación de Práctica <input type="checkbox"/>
Ciudad				Estado		Código Postal		Correo Electrónico
						Idioma Preferido		¿Se necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Contacto de Emergencia:

Contacto de emergencia nombre completo		Relación	
Dirección		Teléfono	

Estamos solicitando la siguiente información de todos los pacientes para poder comprender mejor las necesidades de nuestros pacientes y para fines de financiamiento y de informe de subvenciones.

Género al Nacer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Compañero		Etnicidad - Marque uno <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> No declarado/Rechazado		Estado De Vivienda <input type="checkbox"/> Dueno de Casa <input type="checkbox"/> Renta – Privado <input type="checkbox"/> Renta – Vivienda Publica (Section 8, NYCHA) <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Vivo en la calle/carro <input type="checkbox"/> Vivo en hogar de transición <input type="checkbox"/> Vivo con otra familia	
Género Preferido						¿Como supiste de nosotros? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Paciente/Amigo <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Folleto/Cartel <input type="checkbox"/> Evento de LIFQHC <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Referencia de médico <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Facebook/Social Media <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Identidad de género – Marque todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/ Transgénero <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Transgénero <input type="checkbox"/> De género no conformista (genderqueer), ni hombre ni mujer exclusivamente <input type="checkbox"/> Elige no revelar		Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Reserva Militar <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado		Raza – Marque todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No declarado/Rechazado			
Orientación sexual (Marque Uno) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Algo distinto, describa: _____		Nombre del Empleador: Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante		Es usted un: Veterano <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Miembro de la Junta <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Empleado de LIFQHC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			



Información para Padres/Guardián: Complete si el paciente es menor de 18 años de edad				Parte Responsable
Nombre de la Madre	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Nombre del Padre	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Nombre del Guardián	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Información del Seguro				
Nombre del Plan Primario			Número de Póliza	
Nombre del Asegurado <input type="checkbox"/> Igual que paciente			Fecha de nacimiento del titular del seguro / /	
Relación del paciente con el asegurado <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro:		Proveedor de Atención Primaria en la Tarjeta de Seguro		
Nombre del Plan Secundario:			Número de Póliza	
Información de Farmacia:				
Nombre de Farmacia:	Teléfono		Dirección	
Médico de Atención Primaria				
Médico Primario:	Teléfono		Dirección	
Directiva Anticipada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehúso			Testamento de vida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Otros Proveedores de Atención de Salud				
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
<p>Estoy de acuerdo en permitir que Long Island FQHC me contacte con respecto a mi información privada de salud, evaluación y tratamiento.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Paciente o Representante _____ Fecha</p> <p>Verifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Paciente o Representante _____ Fecha</p>				



Formulario de Consentimiento de Long Island FQHC, Inc.

Consentimiento para el tratamiento: Autorizo a Long Island FQHC, Inc. (LIFQHC) y su personal médico, de enfermería y otros miembros del personal profesional, a proporcionar los servicios de atención médica y administrar los procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que, a juicio del personal médico de LIFQHC, se consideran necesarios o aconsejables para mi cuidado. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidos los rayos X de diagnóstico, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para examen de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado resultados o la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de LIFQHC. La prueba del VIH ahora es parte de la atención de rutina y ya no se requiere el consentimiento por escrito. Tengo derecho a rechazar la prueba del VIH en cualquier momento. El LIFQHC ofrece servicios de planificación familiar. Entiendo que mi aceptación de los servicios de planificación familiar no es un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio ofrecido por el LIFQHC.

Divulgación de información: Autorizo a LIFQHC a utilizar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento de cuidado de la salud; (2) permitir que LIFQHC obtenga el pago por los servicios que me brinda; y (3) permitir a LIFQHC llevar a cabo operaciones comerciales y de atención de la salud ordinarias tales como la garantía de calidad, la planificación de servicios y la administración en general.

Soy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir información sobre:

- VIH o SIDA
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedad mental o cualquier condición de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Planificación familiar, embarazo y aborto
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas

Soy consciente de que Long Island FQHC, Inc. puede compartir información con mis otros proveedores médicos para el tratamiento médico o con un tercero para el pago financiero a través de medios electrónicos.

Asignación de beneficios: Asigno a LIFQHC todos los beneficios a los que yo pueda tener derecho de parte de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y el tratamiento brindado por LIFQHC

Obligaciones Financieras: Estoy de acuerdo que, salvo que la ley limite o los acuerdos de LIFQHC con terceros pagadores, en el caso de falta de pago por parte de un tercero de quien yo he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios provisto en las instalaciones de LIFQHC de acuerdo con las tarifas y términos de LIFQHC vigentes a la fecha del servicio. También estoy de acuerdo en que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable.

Política de no presentarse a la cita- Aviso importante:

Recuerde ser cortés con nosotros y otros pacientes al llamar al menos 4 horas antes de la hora de su cita, para cancelar si no puede presentarse. Esto nos permitirá servir mejor a nuestros pacientes. Los pacientes que lleguen más de 15 minutos **tarde a** su cita serán considerados como que no se presentaron y deberán reprogramar su cita.

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como representante del paciente para firmar este formulario y aceptar sus términos.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si el paciente no está firmando): _____

Informes al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York: Por la presente autorizo a LIFQHC a reportar cualquier inmunización que su personal médico me administre al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____



**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE
SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD
PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Long Island FQHC, Inc. (LIFQHC), el cual describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y divulgada por LIFQHC y cómo puedo obtener acceso y controlar el uso y divulgación de esta información.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente (Imprimir): _____

Nombre del Representante Personal: _____
(Imprimir) (Si es aplicable)

Relación con el Paciente: _____
(Si es aplicable)



FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO Long Island Federally Qualified Health Center “LIFQHC”

En este Formulario de consentimiento, puede escoger si permite a LIFQHC tener acceso a su historia clínica a través de una red informática operada por HEALTHIX, que es parte de una red informática estatal. Esto puede ayudar a recolectar las historias clínicas que tiene en diferentes lugares donde ha sido tratado, y ponerlas a disposición de nuestra oficina de manera electrónica.

Usted puede usar este Formulario de consentimiento para decidir si permite o no a LIFQHC ver y obtener acceso a su historia clínica electrónica. Puede dar o negar su consentimiento, y puede llenar este formulario ahora o más adelante. **Su elección no afectará el que reciba atención o cobertura médica. Su elección de dar o negar su consentimiento no puede ser la base para negarle servicios médicos.**

Si marca el casillero "**DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "Sí, el personal de LIFQHC involucrado en mi atención puede ver y acceder a todas mis historias clínicas a través de HEALTHIX".

Si marca el casillero "**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "No, LIFQHC no puede tener acceso a mi historia clínica a través de HEALTHIX para ningún propósito".

HEALTHIX es una organización sin fines de lucro. Comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica y segura, para mejorar la calidad de los servicios médicos. Esta forma de compartir se denomina ehealth o tecnología de la información médica (TI médica). Para conocer más acerca de ehealth en el Estado de Nueva York, lea el folleto, "Mejor información significa mejor cuidado". Puede consultar a LIFQHC, o ingresar al sitio web www.ehealth4ny.org.

Lea detenidamente la información al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.

Sus opciones de consentimiento. Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Tiene dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que LIFQHC acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX en relación con mis servicios médicos, incluida la atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que LIFQHC acceda a** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX para cualquier propósito, *incluso en una emergencia médica.*

NOTA: A MENOS QUE MARQUE ESTE CASILLERO, la ley del Estado de Nueva York permite que las personas que lo atienden en una emergencia accedan a su historia clínica, incluidos los registros que están disponibles a través de HEALTHIX.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal en letra de imprenta
(si es aplicable)

Relación del representante legal
con el paciente (si corresponde)

FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO

Detalles sobre la información del paciente en HEALTHIX y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo será utilizada su información.** Su información médica electrónica será utilizada por LIFQHC únicamente para:

- Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
- Verificar si tiene seguro médico y qué nivel de cobertura.
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica provista a todos los pacientes.

NOTA: La elección que realice en este Formulario de consentimiento NO permite que las compañías de seguros tengan acceso a su información con el fin de decidir si le brindan cobertura o si pagan sus facturas. Puede tomar esa decisión en un Formulario de consentimiento individual que las compañías de seguro deben usar.

2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si presta su consentimiento, LIFQHC podrá acceder a TODA su información médica electrónica disponible, a través de la RHIO. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha de este Formulario de consentimiento. Su historia clínica puede incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que ha tenido (como diabetes o una fractura), resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que ha tomado. Esta información puede estar relacionada con problemas delicados de salud, entre los que se incluyen:

- problemas de alcohol o drogas;
- anticoncepción o aborto (planificación familiar);
- análisis o enfermedades genéticas (heredadas);
- VIH/SIDA;
- trastornos mentales;
- enfermedades de transmisión sexual.

3. **De dónde proviene su información médica.** Su información proviene de lugares que le han suministrado atención médica o cobertura médica ("Fuentes de información"). Entre ellos se incluyen hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro, el programa Medicaid, y otras organizaciones de ehealth que intercambian información médica de manera electrónica. Una lista completa de fuentes de información está disponible en Hudson River HealthCare. Puede obtener una lista actualizada de fuentes de información en cualquier momento, ingresando al sitio web de HEALTHIX www.healthix.org o llamando al 877.695.4749.

4. **Quién puede tener acceso a su Información, si usted presta su consentimiento.** Únicamente estas personas pueden acceder a su información: médicos y otros profesionales de la salud que trabajen en LIFQHC y el personal médico que esté involucrado en su atención médica; profesionales de la salud que están cubriendo a médicos de LIFQHC o que están de guardia; y miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de consentimiento, según se describen en el párrafo uno.

5. **Sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información médica electrónica. Si en cualquier momento sospecha que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a su información, lo ha hecho, llame a LIFQHC al: 516.571.8600 o ingrese al sitio web de HEALTHIX: www.healthix.org ; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

6. **Redivulgación de la información.** Cualquier información médica electrónica sobre usted puede ser divulgada nuevamente por LIFQHC a terceros, sólo según el alcance permitido por las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto también se aplica para información médica sobre usted que exista en papel. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para algunos tipos de información médica, incluido el tratamiento contra el VIH/SIDA, el alcohol o las drogas. Se deben seguir requisitos especiales siempre que cualquier persona reciba información sensible de este tipo. La HEALTHIX y las personas que accedan a esta información a través de la HEALTHIX deben cumplir con estos requisitos.

7. **Perfodo de vigencia.** Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día en que usted retire su consentimiento.

8. **Cómo retirar su consentimiento.** Puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario para retirar el consentimiento y entregandoselo a la LIFQHC. También puede cambiar las elecciones de su consentimiento firmando un nuevo Formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios en el sitio web de THINC www.healthix.org, o llamando al 877.695.4749.

Nota: Las organizaciones que accedan a su información médica a través de HEALTHIX durante la vigencia de su consentimiento, pueden copiar o incluir información en su historia clínica. Incluso si después usted decide retirar su consentimiento, estas no están obligadas a devolver o eliminar esta información de sus registros.

9. **Copia del formulario.** Tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de consentimiento luego de firmarlo.



Determinación de Cumplimiento de los Requisitos para los Descuentos de Escala Móvil

Es la política de Long Island FQHC, Inc. (LIFQHC) la de ofrecerles servicios esenciales a todos los pacientes sin importar su capacidad para pagar. Los descuentos están establecidos por el Consejo de Directores para las consumidores de LIFQHC y se les ofrece con base en la información que las mismos consumidores proporcionan en cuanto al tamaño e ingreso familiar. Si usted cumple con los requisitos para los descuentos de la escala móvil de cuotas, ésta va a ser aplicada a todos las servicios que reciba en LIFQHC, pero no en aquellos servicios proporcionados fuera del Centro de Salud.

Por favor complete la siguiente información, aún si usted cuenta con seguro.

Ingreso Familiar Antes de Impuestos

MIEMBRO DE LA FAMILIA	NÚMERO	INGRESO MENSUAL	INGRESO ANUAL
Usted mismo Nombre			
Cónyuge			
Menores dependientes			
Otros dependientes			
Total			

Me niego a proporcionar la información sobre mi ingreso y el tamaño de mi familia y estoy de acuerdo en pagar la cuota completa de LIFQHC.

SE REQUIERE UNA PRUEBA DE INGRESO ACEPTABLE PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS CON BASE EN UNA ESCALA MÓVIL. SI SU SITUACIÓN FINANCIERA CAMBIA, POR FAVOR MANTEGA A LIFQHC INFORMADO.

Yo certifico que toda la información arriba mostrada es verdadera, precisa y correcta. Entiendo que si LIFQHC determina que yo he tergiversado o falsificado información, no podré seguir recibiendo los descuentos y me pueden pedir que pague los descuentos que me han dado ofrecido.

Estoy de acuerdo en proporcionar la documentación de mi ingreso en mi próxima consulta.

Nombre (Imprimir) _____ Firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

El personal completará lo siguiente

- | | | |
|---|---------------|----------------------------|
| 1. Elegible para los requisitos para las descuentos de la escala móvil: | Sí ___ No ___ | El pacientes se rehusó ___ |
| 2. En caso de haber respondido Sí, se proporcionó una prueba de ingreso | Sí ___ No ___ | El pacientes se rehusó ___ |
| 3. Sí cuenta con seguro, se proporcionó la tarjeta del seguro médico: | Sí ___ No ___ | No aplica ___ |
| 4. El paciente no reporta ingresos: | Sí ___ | |
| 5. El paciente no puede obtener una prueba del empleador: (Esto incluye paga en efectivo o ingreso de nómina) | Sí ___ | |

Family Planning Sliding Scale Code (SS1- SS5 or N/A) _____