

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido legal:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Fecha de hoy: / /
Nombre por elección (si es diferente):	Fecha de nacimiento: / /		No. de Seguro Social: - -
Dirección de correos:		Apartamento #:	Teléfono Celular: ()
Ciudad:	Estado:	C.P.:	Teléfono de Trabajo: ()
Pronombre Preferido: <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Ze <input type="checkbox"/> Pronombre no aparece <input type="checkbox"/> Ninguna preferencia de pronombre			
Dirección de correo electrónico para Portal del Paciente: *Debe ser de 18 años de edad*		Contacto de emergencia:	

Las opciones de algunas de estas preguntas han sido suministradas por nuestros financiadores. Por favor, seleccionando la mejor respuesta a las siguientes preguntas. Muchas gracias.

Preferido Idiomas Hablado/Escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Necesita servicio de interpretación? <input type="checkbox"/> Sí, idioma: _____ <input type="checkbox"/> No	Raza: *Indique la opción que corresponda* <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./de Alaska <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica Asiática: <input type="checkbox"/> Asiática India <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Japonés/a <input type="checkbox"/> Otra Indígena de Hawaii/De la Isla Pacífico: <input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii <input type="checkbox"/> Guamanian/Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> De Otras Islas d Pacífico <input type="checkbox"/> No contesta	Etnicidad: <input type="checkbox"/> No soy Hispanico/a <input type="checkbox"/> Dominicano/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a,Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueno <input type="checkbox"/> Otro Hispanico/a , <input type="checkbox"/> Latino/a <input type="checkbox"/> No contesta Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Cuir/Queer <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No contesta	Estado de Vivienda: <input type="checkbox"/> Hogar Stable <input type="checkbox"/> En la Calle <input type="checkbox"/> Con un familiar <input type="checkbox"/> (no paga alquiler) <input type="checkbox"/> Hogar Transitorio <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Page dia a dia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No contesta Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Género: <input type="checkbox"/> Masculino/Hombre <input type="checkbox"/> Femenino/Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Trans/Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer Trans/Transgénero <input type="checkbox"/> No conforme con género <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No contesta			
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			

INFORMACION DEL SEGURO *Por favor, da tu tarjeta de sugo a _____* No tengo seguro

Aseguradora:	Póliza No.:	Grupo No.:
Sexo indicado en el plan del seguro médico del asegurado: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre del asegurado: _____	
		Ingresos del hogar previstos para este año: _____

INGRESOS

Mi ingreso anual total \$ _____ Cantidad de dependientes (incluido/a usted mismo/a) _____

Marque toda las documentos financieros que entregado:
 Talon de pago del empleo Formulario de impuestos sobre la nomina Otro (explicar por favor): _____
 Declaracion de desempleo Declaracion de empleo Estado de cuenta bancario

Si no puede proporcionar documentacion, marque total las opciones que correspondan.
 No tengo documentacion hoy No recibo cheques ni talones de pago Me pagan en efectivo _____
 No recibo ingresos Otro razon (explicar por favor): _____

Si su ingreso anual no coincide con sus documentos, por favor, explique por que:
 Estoy empleado por solo una parte del ano (explicar por favor): _____
 Mis ingresos cambia de mes a mes (explicar por favor): _____
 Otro razon (explicar por favor): _____

Me niego a proporcionar la informacion referida a mis engresos. Entiendo que esta decision puede afectar mi capacidad de recibir posibles descuentos del la escala variable po los servicios que recibo en Callen-Lorde.
 Inicial aqui: _____

Certifico que la información que antecede es correcta a mi leal saber y entender.

X _____ / /
 Firma del Paciente Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Escriba sus iniciales

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

Busco voluntariamente atención y tratamiento médico en Callen-Lorde Community Health Center ("Callen-Lorde") y doy permiso al personal médico, mental y de salud oral de Callen-Lorde para que me examinen, hagan diagnósticos y me den tratamiento según la información, explicaciones y recomendaciones que me den.

Escriba sus iniciales

CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR:

Si no tengo seguro médico, entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos y que planearé pagar o que se me facture cualquier saldo pendiente de acuerdo con la Política Financiera del Paciente de Callen-Lorde.

Si se acepta mi seguro, autorizo el pago de los beneficios a Callen-Lorde o reembolsaré a Callen-Lorde si me paga directamente mi compañía. Entiendo que mi seguro puede no cubrir todos los cargos considerados médicamente necesarios por Callen-Lorde y que soy responsable de cualquier parte de los cargos que no estén cubiertos por mi seguro y se me facturará directamente por esos servicios.

Por la presente autorizo a Callen-Lorde a dar información sobre mi enfermedad y tratamiento a mi(s) compañía(s) de seguros de acuerdo con su política de privacidad.

Sé que cualquier prueba (análisis de sangre y otros especímenes) enviada a un laboratorio externo tendrá cargos adicionales que se le facturarán a mi compañía de seguros o serán facturados directamente a mí por el laboratorio.

CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN:

Para servir mejor a nuestros pacientes, Callen-Lorde lleva a cabo regularmente estudios de investigación sobre la atención médica, las disparidades de salud y las posibles intervenciones médicas. Elija una de las siguientes opciones; la elección que haga NO afectará a su capacidad de obtener servicios de atención médica en Callen-Lorde.

DOY CONSENTIMIENTO para que Callen-Lorde se comunice conmigo (incluso por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico) sobre los estudios de investigación. *(Elegir esto no lo inscribe en ningún estudio y puede revocar su consentimiento para que lo contacten, en cualquier momento).*

NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que Callen-Lorde se comunice conmigo sobre los estudios de investigación.

Escriba sus iniciales
en una de estas
dos opciones

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

He recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Callen-Lorde

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE DE HIPAA:

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de Callen-Lorde.

Escriba sus iniciales

Escriba sus iniciales

Esta firma reconoce todo lo anterior como si tuviera las iniciales. Soy consciente de que Callen-Lorde puede o no comunicarse conmigo según la elección de consentimiento indicada arriba en relación con los estudios de investigación para los que puedo ser elegible.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

X

Firma del paciente

____/____/____
Fecha

Si esta página está firmada por un representante personal, rellene la siguiente información:

Nombre del representante personal (en letra de imprenta)

X

Firma del representante personal

____/____/____
Fecha

Autoridad del representante personal para firmar en nombre del paciente (marque uno): Padre o madre Tutor Apoderado Otro: _____