

### FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Veré el Paquete de Bienvenida en línea en: [www.thwcinc.com](http://www.thwcinc.com)

Me gustaría una copia del Paquete de Bienvenida mientras espero

Sección I Información Demográfica					
<input type="checkbox"/> Quiero tener acceso en línea de mis Archivos Médicos		For Office Use Only			
_____ - _____ - _____		____/____/____			
SEGURO SOCIAL		Date	PCP #	Intergy Patient ID	
Explained W.P.					
_____		_____		_____	
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Sufijo					
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinado <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (M a F) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (F a M)		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Declinado	
Sexo Al Nacer		Género Con El Que Se Identifica (18+)		Orientación Sexual (18+)	
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Polinesia <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Asiático Americano de Subcontinente <input type="checkbox"/> Más de 1 raza		_____/____/____ Fecha de Nacimiento	
Estatus Marital		Raza			
<input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Reportado/Rehusó		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado Por Sí Mismo <input type="checkbox"/> Retirado	
Etnicidad		Idioma Primario		Employment Status	
_____			_____		
Domicilio			Código Postal		
			(Ciudad y Estado son determinados por el Código Postal)		
( ) - _____		( ) - _____		_____	
Correo Electrónico		Teléfono de Casa		Teléfono del Trabajo	
Ext					
( ) - _____		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> No Contacto		<input type="checkbox"/> Empleado de HWC <input type="checkbox"/> Referencia del Médico <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Servicio de Referencia <input type="checkbox"/> Llegó sin cita <input type="checkbox"/> Directorio <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Teléfono Celular		Número Telefónico Preferido		Fuente de Referencia	
		Método Preferido de Recordatorio para Citas (Elija todas las que apliquen)			

  

Sección II Garante (Individuo Responsable Financieramente)				
<input type="checkbox"/> Paciente es el Garante(no necesita completar el resto de la sección)			<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Compañía	
<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Si Mismo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro			_____ - _____ - _____	
Relación del Paciente al Garante			SEGURO SOCIAL	
_____		_____		_____
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido
Sufijo				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Desconocido		
Sexo		Estatus Marital		
<input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Polinesia <input type="checkbox"/> Asiático Americano de Subcontinente <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Más de 1 raza		<input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Reportado/Rehusó		
Raza (elija todos los que apliquen)			Etnicidad	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas		_____		
Idioma Primario		Domicilio		
_____		_____		
Correo Electrónico		Código Postal		
_____		_____		
Ciudad		Estado		Código Postal
( ) - _____		( ) - _____		( ) - _____
Teléfono de Casa		Teléfono del Trabajo		Ext
				Teléfono Celular

### Información sobre Ingreso Familiar y Vivienda (Escala Móvil)

#### Sección III

\*Requerimos ingreso de todos los pacientes con fines de hacer reportes gubernamentales

<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	\$	
<b>Período de Ingresos</b>	<b>Ingresos Brutos (del Período)</b>	<b># que Mantiene</b>
** To qualify for a Sliding Fee, patients must provide documented proof of income (W2; Pay Stub; Tax Return; Letter from Non-Household) You have 30 days from the date of visit to turn in Proof of Income. Undocumented proof of income visits will be at 100% patient responsibility or insurance if applicable.		
<input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En Transición <input type="checkbox"/> Vive con Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> No es Indigente <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Por Temporada <input type="checkbox"/> No Migrante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <b>Vivienda Pública   Veterano   Incapacitado</b>
<b>Estatus de Vivienda/Indigente</b>	<b>Estatus Laboral</b>	

#### Sección IV

### Información de Aseguranza del Paciente

Plan I -- FAVOR DE PRESENTARLE A REGISTRACION UNA COPIA DE SU TARJETA

<b>Compañía Aseguradora</b>	<b>Número de Grupo</b>	<b>Pago Autorizado</b>	<b>Número ID del Miembro</b>	\$	<b>Copago</b>
<input type="checkbox"/> Use al Paciente (no necesita completar el resto del plan)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro			_____ - _____ - _____ <b>Seguro Social del Suscriptor</b>	
<b>Relación del Paciente al Suscriptor</b>					
<b>Primer Nombre del Suscriptor</b>	<b>Inicial</b>	<b>Apellido del Suscriptor</b>	<b>Sufijo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	____/____/____ <b>*Fecha de Nacimiento del Suscriptor</b>

Plan II -- FAVOR DE PRESENTARLE A REGISTRACION UNA COPIA DE SU TARJETA

<b>Insurance Company</b>	<b>Group Number</b>	<b>Authorize Payment</b>	<b>Claim Member ID</b>	\$	<b>Copago</b>
<input type="checkbox"/> Use Patient (no necesita completar el resto del plan)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro			_____ - _____ - _____ <b>Seguro Social del Suscriptor</b>	
<b>Relación del Paciente al Suscriptor</b>					
<b>Primer Nombre del Suscriptor</b>	<b>Inicial</b>	<b>Apellido del Suscriptor</b>	<b>Sufijo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	____/____/____ <b>*Fecha de Nacimiento del Suscriptor</b>

#### Sección V

### Contacto de Emergencia

<input type="checkbox"/> Use al Garante (no necesita completar el resto de la sección)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro			_____ - _____ - _____ <b>Seguro Social</b>	
<b>Relación del Paciente al Suscriptor</b>					
<b>Primer Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Apellido</b>	<b>Sufijo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro <b>Idioma Primario</b>
(   )   -	(   )   -	Ext	(   )   -	____/____/____ <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>Teléfono de Casa</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>		<b>Teléfono Celular</b>		

#### Sección VI

### Padre ó Guardián (si aplica)

<input type="checkbox"/> Use al Garante (no necesita completar el resto de la sección)	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Dependiente Especial <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro			_____ - _____ - _____ <b>Suscriptor SEGURO SOCIAL</b>	
<b>Relación del Paciente al Suscriptor</b>					
<b>Primer Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Apellido</b>	<b>Sufijo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro <b>Idioma Primario</b>
(   )   -	(   )   -	Ext	(   )   -	____/____/____ <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>Teléfono de Casa</b>	<b>Teléfono del Trabajo</b>		<b>Teléfono Celular</b>		

#### Sección VII

### Farmacia Preferida

<b>Nombre de su Farmacia Preferida</b>	<b>Ciudad</b>	(   )   -	<b>Teléfono</b>	<b>Apellido Materno (si es menor de 18 años)</b>



## EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE HWC DA LA BIENVENIDA PAQUETE

Por favor inicial al lado de cada artículo que usted ha recibido por escrito y comprende los artículos contenidos en el paquete bienvenido. Si usted en tiempo tiene preguntas pidan por favor ayuda de nuestros empleados de recepción.

\_\_\_\_\_ Facturar, el Pago, e Información de Referencia y Matrícula

\_\_\_\_\_ Derechos y Responsabilidades pacientes

\_\_\_\_\_ La Nota de consumo de Prácticas de Información de Salud (HIPAA)

\_\_\_\_\_ La Política de la medicina y Contrata

\_\_\_\_\_ Descuento Programa de Droga e Información de Repuesto

\_\_\_\_\_ La nota de la Práctica de Intimidad

\_\_\_\_\_ Paciente centrada Hogar Médico Acuerdo

\_\_\_\_\_  
Paciente o Firma Representativa de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima por favor Su Nombre

\_\_\_\_\_  
El Nombre de paciente

\_\_\_\_\_  
La Relación del representante al Paciente

\_\_\_\_\_  
For Office Use only

\_\_\_\_\_  
Providers have agreed for Registration to sign off on Medical Home Agreement.

\_\_\_\_\_  
Verification Signature

Patient # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date



**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO PARA TODOS LOS SERVICIOS  
PROPORCIONADOS POR HWC.**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_

1.-Yo \_\_\_\_\_, (el/la) \_\_\_\_\_ De la persona denominada anteriormente, doy consentimiento al cuidado del paciente externo a procedimientos diagnosticos, exámenes y a tratamiento medico, incluyendo (pero no limitado a) : el trabajo rutinario del laboratorio (como sangre, orina y otros estudios) ECG y la administracion de medicamento prescrito por el medico, si procede. Tambien, si aplica, el consentimiento es dado para servicios de sanidad mental, proporcionados por los medios de la familia, el grupo y/o terapia individual y al tratamiento despues de descarga.

2.- Tambien, el consentimiento es dado para exámenes realizados por los Ayudantes de Medico o otros tambien designados por el Medico, como sea necesario a criterio personal del Medico.

3.- Consiento tambien al desempeno de la cirugia secundaria, eliminacion de berrugas, suturacion de heridas, fotografias o radiografias necesarias para completar el diagnostico y para propositos de educacion, exámenes de inmunizaciones y/o para investigacion (inclusive la prueba de PPD, influenza y neumococco) para mi hijo o para mi mismo, si procede. Comprendo que solamente personal apropiadamente entrenada realizara estos procedimientos.

4.- LA LIBERACION DE INFORMACION: Autorizo a HWC a soltar informacion medica con respecto a mi salud & registros de inmunizacion a otros proveedores de la Asistencia Medica, escuelas, guarderias y tambien para el pago de reclamos al seguro medico. Aun mas, concuerdo en pagar el balance no cubierto por el segura de la manera acordada anteriormente en la revision de ingresos.

5.- LA INFORMACION AUTORIZADA PARA LIBERAR PUEDE INCLUIR REGISTROS QUE INDIQUEN LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O UNA ENFERMEDAD NO TRANSMISIBLE.

6.-**Comprendo que esta forma de consentimiento sera validad y quedara vigente siempre que utilice esta clinica o hasta que lo revoque por escrito.**

7.- Yo por medio de la presente reconozco que he recibido y he tenido una oportunidad para hacer preguntas con respecto a la Salud y la Practica de Privacidad de las notas del Centro de Bienestar. Una descripcion completa de como sera utilizada su informacion medica en esta clinica esta en nuestra NOTA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD. Una copia esta incluida en su Paquete de Bienvenida y esta disponible tambien en la clinica.

8.- Es poliza del Centro de Bienestar proveer formas e informacion a los pacientes que eligen completar un Plan De Avance Directivo o una Orden de No Resucitar. Estas formas estan disponibles sobre pedido.

9.- Usted tiene en existencia un Plan de Avance Directivo? NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ (Si lo tiene favor de proporcionarle una copia a los registros medicos de HWC)

10.- Usted tiene en existencia una Orden de No Resucitar? NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ (Si lo tiene favor de proporcionarle una copia a los registros medicos de HWC)

FAVOR DE PONER SUS INICIALES EN UNA DE LAS SIGUIENTES:

11.- No deseo informacion sobre los Avances Directivos/Orden de No Resucitar \_\_\_\_\_

12.- Deseo informacion sobre los Avances Directivos/Orden de No Resucitar \_\_\_\_\_

Si aplica:

1.- Comprendo que la Division de Salud Mental del Centro de Bienestar no toma llamadas de emergencia ni llamadas despues de horas. Acceso a este y su staff profesional es solamente por medio de previa cita. Estoy de acuerdo que contactare a algun Centro de Emergencia local ( por ejemplo, 911, policia, ambulancia, etc.) si siento que me causare algun dano o a otra persona, en el instante de alguna emergencia fisica, psicologica o cualquier otra emergencia.

2.- Estoy de acuerdo en no conseguir acceso a una liberacion de las notas de alguna sesion de forma de informacion, ni cualquier otro documento que contiene una opinion clinica para proteger las revelaciones y justificar registros que pertenecen a mi ninio para proteger esa misma informacion de ninguna intencion no-terapeutico.

3.- Comprendo que el Centro de Bienestar no testifica en el tribunal con respecto a acciones de divorcio o custodia. Me ha sido explicado que evaluaciones de custodia que requieren de algun testimonio experto requieren de un procedimiento especifico y una relacion con el cliene que es diferente a la de una relacion terapeutica. De hecho, es poco etico para el terapeuta removeirse de su papel para dar consejo en la tribunal sobre si es apto un padre o las necesidades de un nino refiriendose a quien seria el "mejor" padre. Si se diera la necesidad de este tipo de evaluacion y testimonio, con gusto lo refeririamos a un psicologo independiente que hemos encontrado ser un experto en esta area de servicio. Debido al gran riesgo de demandas y que no queremos participar en estos casos, una fianza minima de \$1500 por medio dia o menos de la oficina aplicara, siendo que fueros requerido legalmente para testificar en algun procedimiento de la tribunal. Pedimos que respete esta frontera profesional.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relacion del Representante al Paciente

\_\_\_\_\_  
Por favor escriba con letra su nombre.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo a la firma

For Office Use only

Patient # \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**

Por favor identifique a la persona o personas a las que autoriza se le libere su Informacion Protegida de Salud (ya sea informacion oral o grabada) del Centro de Bienestar de Stigler, Inc. (SHWC) Esto puede incluir a su pareja, padres, hermanos, hijos, amigos o guardianes. Por favor enliste abajo:

NOMBRE	RELACION	# TELEFONO DE CASA	# CELULAR

El Centro de Bienestar de Stigler, Inc. require de su permiso para dejar mensajes en cuanto a su Informacion Protegida de Salud (resultados de exámenes, instrucciones, citas, recordatorios, etc.)

Favor de checar las cajas apropiadas:

\_\_\_\_\_ **Si**, SHWC **puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

Comentario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **No**, SHWC **no puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Patient #

\_\_\_\_\_  
Patient Name

**Esta autorizacion se mantendra en efecto hasta ser revocada.**