

Información del paciente

Nombre del paciente	Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo nombre	Fecha de nacimiento
----------------------------	----------	---------------	----------------------------	---------------------

Dirección del hogar	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------------	-----------	-------	------------	--------	--------	---------------

Dirección postal	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------	-----------	-------	------------	--------	--------	---------------

Marque esta casilla y deje la dirección postal en blanco si es la misma que la dirección de su hogar.

Correo electrónico	¿Podemos contractarle via correo electrónico? (marque uno)	Si No
---------------------------	--	---------

Teléfono de la residencia () -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si No
---	--	---------

Número de teléfono celular () -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si No
	¿Podemos mandar un mensaje de texto? (marque uno)	Si No

Número de teléfono del trabajo () -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si No
--	--	---------

Sexo: Femenino Masculino	Número de seguro social: - -
-----------------------------------	--

Nombre de la farmacia:

Información del seguro (Por favor copie esta información de su tarjeta de seguro)

Marque esta casilla si el paciente no tiene seguro de salud

Seguro primario

Asegurador (Compañía)	ID del grupo	Copago por visita de oficina \$
------------------------------	---------------------	---

Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular
--------------------------------------	--

ID del asegurado (para el paciente)	Relación del titular con el paciente (marque uno) El mismo/ella misma Esposo/a Compañero/a Hijo/a Otro _____
--	--

Seguro secundario

Asegurador (Compañía)	ID del grupo	Copago por visita de oficina \$
------------------------------	---------------------	---

Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular
--------------------------------------	--

ID del asegurado (para el paciente)	Relación del titular con el paciente (marque uno) El mismo/ella misma Esposo/a Compañero/a Hijo/a Otro _____
--	--

Información del paciente (página 2)

Persona responsable

Yo soy el paciente (Usted puede omitir esta sección; vaya a la sección de información adicional)

Si usted es el padre/ guardián legal o de alguna manera el responsable de autorizar el cuidado y pagar las cuentas del paciente nombrado arriba, por favor escriba su nombre e información de contacto abajo.

El paciente es mi (marque uno): Esposo/a | Compañero/a | Hijo/a | Otro _____

Nombre	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
--------	----------	---------------	---------------------	-------------------------

Dirección de correo	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
---------------------	-----------	-------	------------	--------	--------	---------------

Correo electrónico

Información adicional del PACIENTE

Por favor marque una opción para cada una de las preguntas abajo. A nosotros se nos exige hacer estas preguntas, pero usted puede omitir cualquier pregunta que no se sienta cómodo/a respondiendo.

¿Estado marital? Soltero/a | Casado/a | Unión libre | | Divorciado/a | Separado legalmente

¿Situación de empleo? Tiempo completo | Medio tiempo | No tiene empleo | Trabajador autónomo | Retirado | Militar activo | Estudiante

¿Raza? Indio americano/Nativo de Alaska | Negro o afroamericano | Blanco | Más de una raza
Indio asiático | Chino | Filipino | Japonés | Coreano | Vietnamita | Otro asiático
Hawaiano nativo | Guameño o chamorro | Samoano | Otro isleño del Pacífico

¿Etnicidad? Mexicano, Mexicano Estadounidense, Chicano/a | Puertorriqueño | Cubano | Otro hispano, Latino/a | No Hispano, Latino/a

¿Es usted un veterano? Si | No ¿Lenguaje primario? Ingles | Español | Otro _____ ¿Necesita los servicios de un interprete? Si | No

¿Es su residencia parte del programa de "public housing"? Si | No Si respondió "sí", ¿De cuál proyecto/urbanización? _____

¿Es usted una persona sin hogar? Si | No Si respondió "sí", ¿cuál es su condición? Vive en la calle | Vive con amigos/otros
Hogar de transición | Refugio _____

¿Es su empleo principal en agricultura o en un trabajo por temporada (Trabajador en agricultura por temporada)? Si | No

¿Usted se muda(migra) durante el año por trabajo en agricultura (Migratory Agricultural Worker)? Si | No

¿Orientación sexual? Heterosexual | Lesbiana o Gay | Bisexual | Otro | No sé | Prefiero no responder

¿Identidad sexual? Masculino | Femenino | Trans-género/Femenino-a-Masculino | Trans-género/Masculino-a-Femenino | Otro | Prefiero no responder

Reconocimientos:

- 1) Yo doy mi consentimiento voluntariamente para recibir servicios en *Christ Community Health Services Augusta (CCHSA siglas en ingles)*. Yo doy permiso a todos los proveedores de CCHSA (Salud Mental, Medicina Dental, Educación sobre Diabetes, Servicios para estudiantes y pasantes, Fisioterapia, etc.) de usar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que ellos consideren necesarios para el manejo y tratamiento apropiado médico/dental.
- 2) Yo asigno a CCHSA el pago de las reclamaciones en mi representación. Entiendo que algunos de los servicios que yo reciba puede que no estén cubiertos por mi administrador/tercero de reembolsos/pagos (*Medicare, Medicaid*, otro seguro), Y que yo soy responsable por pagar estas cantidades.
- 3) Yo entiendo que la totalidad del pago se espera antes de que yo reciba servicios en CCHSA. Esto incluye el pago de todas las cuentas de servicios, co-pagos y/o cantidades de coaseguro, con los descuentos basados en mi elegibilidad de descuentos de tarifas.
- 4) Yo entiendo que CCHSA no va a dar recetas médicas para narcóticos en la primera cita de un paciente. Yo también entiendo que los proveedores de CCHSA no garantizan la continuidad en recetas médicas de narcóticos.
- 5) Yo entiendo que CCHSA puede retirarme sus servicios como paciente con causa justificada, o si yo no uso los servicios de un proveedor de CCHSA en un periodo de tiempo de 3 años.
- 6) Entiendo que Christ Community es un sistema de atención médica integrada, lo que significa que todos los proveedores y médicos trabajan juntos para coordinar mi atención. Entiendo que todas mis notas de visita son parte de mi expediente médico. Esto significa que otros proveedores y médicos de Christ Community que me cuidan pueden tener acceso a esta información.
- 7) Algunos servicios de Christ Community Health pueden incluir el uso de equipos de telemedicina y la interacción con proveedores o médicos que no están físicamente en el lugar. Estos servicios se realizan a través de líneas seguras y no se graban en video, ni se enrutan a través de Internet ni se guardan de ningún modo.

Yo confirmo que toda la información proporcionada en este formulario de información del paciente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente o padre/madre/el guardián legal NOMBRE EN LETRA IMPRENTA del paciente o padre/madre/el guardián legal Fecha

Protección de información de salud - Menores

Nombre del paciente	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
---------------------	----------	---------------	----------------------------	---------------------

Si el paciente es un menor emancipado, por favor dígame a un empleado de CCH y complete el formulario (PHI – siglas en Ingles) de adultos.

A Christ Community Health Services Augusta (CCHSA- siglas en ingles) se le permite compartir la información protegida de salud del paciente (PHI- siglas en ingles) solamente con las personas que usted escriba abajo. Esta información (PHI) incluye pero no está limitada al historial de salud del paciente, listas de medicamentos y resultados de exámenes de laboratorio. Estas personas también van a tener permiso para recoger las recetas medicas/medicamentos del paciente.

PADRES DEL PACIENTE o TUTORES/GUARDIANES LEGALES(S)				¿Podemos dejar mensajes en el teléfono de esta persona?
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	Si No
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	Si No

SI ALGUIEN MÁS APARTE DEL PADRE/MADRE/ GUARDIÁN LEGAL VA A TRAER A SU NIÑO A LAS CITAS, llamar acerca de la salud de su niño y/o RECOGER RECETAS O MEDICAMENTOS para su niño marque esta casilla.

(Por favor complete el formulario de **Consentimiento por poder**)

CONTACTO DE EMERGENCIA (aparte del padre/madre o el guardián legal)				¿Podemos dejar mensajes en el teléfono de esta persona?
<i>Listar a alguien aquí no le da permiso para traer a su hijo a las citas o para recoger recetas o medicamentos etc..</i>				
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Número(s) de teléfono	Relación con el paciente	Si No

CCHSA usa *Health Information Exchanges (HIEs – siglas en ingles)* para compartir información (PHI) con otras oficinas médicas, hospitales, farmacias etc. HIEs hace que todos los proveedores de salud tengan acceso a su información de salud de una manera más fácil y rápida para que así ellos le puedan darle a usted el mejor cuidado posible. Sólo a los participantes en la red de HIEs que sean importantes para el cuidado del paciente se les permite compartir y observar la información (PHI) del paciente por medio de HIEs.

Usted tiene derecho a pedir que nosotros no compartamos su información (PHI) por medio de HIEs. El hecho de que usted participe o no, no va a afectar su acceso a los servicios de CCHSA. Si usted no quiere que su información (PHI) sea compartida por medio de HIEs, por favor marque esta casilla. Declinar

CCHSA utiliza tecnología de transcripción automatizada diseñada para que los profesionales de la salud documenten sus consultas de forma precisa y eficiente. Esto ayuda a su proveedor a organizar su información médica de forma más eficiente y a brindarle la mejor atención posible. Si no desea que utilicemos esta herramienta, marque esta casilla. Declinar

Reconocimientos:

- 1) Me han dado la oportunidad de revisar el Anuncio de prácticas de privacidad.
- 2) Yo doy permiso para que CCHSA use y comparta la información del paciente (PHI) con los terceros necesarios para el pago por tratamiento y por operaciones generales de cuidado de salud.
- 3) Yo doy permiso para que CCHSA comparta la información del paciente (PHI) y que entregue las recetas/medicamentos del paciente a cada uno de los padres/guardianes legales listados arriba. Yo tengo el derecho legal de dar esta autoridad a las personas listadas en este formulario.
- 4) Yo entiendo que tengo el derecho de restringir la forma como CCHSA comparte la información (PHI) y que yo puedo cancelar este permiso en cualquier momento.

FIRMA del padre/madre/el guardián legal

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA del padre/madre/el guardian legal

Fecha

Aceptación de la política de no presentación Salud médica y conductual pediátrica

Sus proveedores de atención médica desean asegurarse de que sus hijos y los demás niños de la zona tengan acceso a atención de alta calidad cuando la necesiten. Para garantizar el máximo acceso a la atención para todos nuestros pacientes, por favor, conozca y siga la Política de Citas/No Presentarse.

Cumplir las citas programadas y llegar con anticipación

Haremos todo lo posible para recordarle la próxima cita de su hijo por teléfono, correo postal o electrónico. Pero es su responsabilidad recordar la fecha y hora de la cita.

Debe llegar 20-30 minutos *antes de* la hora programada. Si no puede asistir o cree que va a llegar tarde a una cita programada, le rogamos que nos lo comunique *lo antes posible*. Notificarlo después de las 3:00 P.M. del día laborable anterior a la cita se considera demasiado tarde y será clasificado como una no presentación. Si llega con más de 15 minutos de retraso, es posible que le pidamos que re programe la cita.

¿Qué se considera una "no presentación"?

- Una persona se considera como no presentada si no asiste a su cita el día de la misma o no notifica a la oficina antes de las 3:00 P.M. del día laborable anterior a la cita.

¿Qué ocurre si no acudo a mi cita?

Cuando usted no asiste a su cita, le quita la oportunidad a otra persona que podría haberla utilizado. **Debido a que muchas personas en nuestra comunidad no tienen acceso a servicios médicos de calidad, las "no presentaciones" se toman muy en serio.**

Nuevos pacientes:

Si usted no asiste a dos citas para establecer la atención, no se le permitirá programar otra cita durante un año.

Pacientes establecidos:

Si no asiste a tres citas en un periodo de seis meses, no se le permitirá programar otra cita durante un año, no que deberá llamar para programar una cita el mismo día si hay alguna disponible.

Entiendo y acepto cumplir esta política de no presentación.

Firma del paciente o de sus padres/tutores

Fecha

Formulario de política de inmunización infantil

Como parte del compromiso de Christ Community Health para proporcionar la mejor atención a su hijo(a), requerimos el cumplimiento del programa recomendado de vacunación infantil.

Por favor, revise los siguientes requisitos de inmunización y firme para confirmar su comprensión y acuerdo. Los niños que no estén completamente inmunizados antes de su segundo cumpleaños deben programar una cita para recibir las vacunas pendientes.

Cumplimiento con la vacunación completa a los 2 Años

Cumplimiento con la Vacunación Completa a los 2 Años Para garantizar la salud y el bienestar de su hijo(a), requerimos que las vacunas infantiles estén al día antes de los 24 meses de edad. De acuerdo con los estándares de vacunación, se le entregarán las Hojas de Información sobre Vacunas (VIS, por sus siglas en inglés) antes de la administración de cualquier vacuna. Las vacunas requeridas incluyen:

- **DTaP – Cuatro dosis**
- **IPV – Tres dosis**
- **Hib – Tres o cuatro dosis (dependiendo de la marca)**
- **Hep B – Tres dosis**
- **Varicela – Una dosis**
- **MMR – Una dosis**
- **Hep A – Una o dos dosis**
- **PCV – Cuatro dosis**

Niños que se unen después de los 24 meses de edad

Los niños que inician atención con Christ Community Health después de los 24 meses de edad deben tener las vacunas al día o programar citas para ponerse al corriente con las vacunas atrasadas o retrasadas.

Cumplimiento de la política

El cumplimiento de la Política de Vacunación Infantil de Christ Community Health es necesario para que su hijo(a) continúe recibiendo atención en nuestra clínica.

Yo entiendo y acepto cumplir con esta Política de inmunización infantil.

Firma del Paciente o Padre/Tutor del Paciente

Fecha