

## FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido
Fecha de Nacimiento	Sexo al Nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No responder	Correo Postal	Ciudad Estado Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Pareja Domestica/Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Número de Seguro Social	Correo Electrónico	Farmacia Preferida	

### INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre/Apellido	Empleador	No. de Seguro Social
Calle de Domicilio	Ciudad	Estado Código Postal
Fecha de Nacimiento	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero de Teléfono
La Relación del Paciente con el Garante		

### SEGURO MEDICO

Compañía de seguro medico	Empleador
Nombre y apellido del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza
No. de seguro social del titular de la póliza	

### INFORMACION SOBRE FINANCIAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD

A fin de continuar con la variedad de servicios que ofrecemos aquí en RCH y para seguir recibiendo fondos, estamos obligados a recopilar la siguiente información sobre cada persona que visita nuestras instalaciones. Esta información se reporta como un número acumulativo y no informa sobre pacientes individualmente.

<b>Estatus de Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado de medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <b>Nombre del Empleador:</b> _____ <b>Domicilio del Empleador:</b> _____	<b>¿Cuál es el ingreso anual de su hogar?</b> (Los Ingresos Anuales de la Familia) <input type="checkbox"/> <\$10,000 <input type="checkbox"/> \$30,000-49,999 <input type="checkbox"/> \$10,000-14,999 <input type="checkbox"/> \$50,000-79,999 <input type="checkbox"/> \$15,000-19,999 <input type="checkbox"/> \$80,000 -99,999 <input type="checkbox"/> \$20,000-29,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 + <input type="checkbox"/> Me niego a responder <input checked="" type="checkbox"/> No quiero aplicar para el descuento medico	<b>Fuente de Referencia:</b> <input type="checkbox"/> Anuncios en Cartelón <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Negocio/Agencia <input type="checkbox"/> Amigo o Familia <input type="checkbox"/> Hospital/Clínica <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet <input type="checkbox"/> Medios de Comunicación Social <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Feria/Festival/Evento
<b>Estatus de Veterano:</b> <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No soy un veterano <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	<b>Estatus Estudiante:</b> <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> medio tiempo <input type="checkbox"/> No soy un estudiante	<b>Estatus Agrícola en los últimos 3 años</b> <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No
<b>Grupo(s) Raciales:</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	<b>Origen Étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino(a) <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	<b>Usted se considera a sí mismo:</b> ** Solo en caso de ser mayor de 12 años de edad <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, o homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas/Otro <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>¿Cuál es su identidad de género?</b> **Solo en caso de ser mayor de 12 años de edad <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Hombre Transexual / Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Transexual / Hombre a Mujer	<b>¿Qué pronombres usa?</b> ** Solo en caso de ser mayores de 12 años de edad <input type="checkbox"/> el <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> ellos/ellas/los/les	<b>Idioma Preferido:</b> _____ <b>¿Necesita un intérprete?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Nombre de Contacto de Emergencia:</b>	<b>Relación con el Paciente:</b>	<b>Teléfono:</b>



MRN # \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del paciente o de la persona autoriza por la ley \_\_\_\_\_

Para asistirle mejor, ofrecemos un programa de descuento del cobro basado en sus ingresos. A fin de que podamos determinar si usted califica, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Garante: (si es diferente al paciente): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas se mantienen con este ingreso? Cuente el número de personas que viven en el mismo hogar y que comparten los ingresos, la comida y el alquiler.

### Miembros del Hogar

### Completada por el Personal

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Paciente:  Sí  No MRN \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Paciente:  Sí  No MRN \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Paciente:  Sí  No MRN \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Paciente:  Sí  No MRN \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Paciente:  Sí  No MRN \_\_\_\_\_

Total Miembros del Hogar: \_\_\_\_\_

Indique todas las fuentes de ingresos de su hogar. Por favor marque todas las que correspondan.

- Impuestos del año anterior
- Sueldos y Salarios
- Desempleo
- Trabajo por cuenta propia
- Seguro Social/SSI
- Compensación de Trabajadores
- Asistencia Publica
- Discapacidad
- Apoyo de un miembro de la familia
- Fondos de jubilación
- Beneficios de VA (Veteranos)
- Pensión Alimenticia
- Becas
- Otro: Especificar: \_\_\_\_\_

### Declarar Que No Hay Ingresos

¿Cómo está recibiendo alimentos y vivienda? \_\_\_\_\_

Marque todo lo que corresponda a su situación de vida actual:  En los parques/en la calle/debajo de un puente,  Viviendo en el vehículo,  Hotel/motel,  Quedándome con otros—sin renta,  Acampando/viajando sin ingresos,  Otro.

### La parte de abajo será completada por el personal de Rogue Community Health:

Frecuencia	Tipo de Ingreso	Calculo de Ingresos

\*\*\*\*\*Para los ingresos que son auto-declarados se aplicara el descuento por 30 días solamente. Para ser elegible para futuros servicios con descuento será requerida la documentación financiera.

Auto-Declarado:  Sí  No

Escala de Descuento para la que Califico: A B C D E

Fecha de Expiración de la Escala de Descuento: \_\_\_\_\_

Explicación de Los Beneficios: (Responsabilidad del Paciente por los Servicios)

Medico \$ \_\_\_\_\_ copago

Staff Initials \_\_\_\_\_

Es de mi conocimiento que la información proporcionada es verdadera y correcta. Doy mi permiso a Rogue Community Health para que verifique la información acerca de mi estatus financiero. Entiendo que esta información debe ser actualizada



MRN # \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

cada año para determinar si mi descuento ha cambiado.

Firma del Paciente/Garante: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

### ACUERDO: POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME EN LA PARTE DE ABAJO.

#### Consentimiento para el Tratamiento:

Doy mi consentimiento al tratamiento necesario para el cuidado del paciente mencionado arriba. Autorizo la divulgación de todos los registros médicos a los proveedores de atención médica a los que se me ha referido y a mi compañía de seguro médico, si corresponde. Si es necesario, permito el envío por fax y/o entrega electrónica y segura amparada por la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de todo mi expediente médico.

#### Hogar Médico:

Entiendo que el Rogue Community Health tiene un modelo de atención llamado Hogar Médico Centrado en el Paciente. Esto significa que la clínica es mi centro de salud en donde mi familia y yo trabajamos junto con nuestro equipo de atención médica para atender todas nuestras necesidades de salud.

Rogue Community Health es mi Hogar Médico:  Sí  No

#### Responsabilidad Financiera:

Todos los copagos del seguro médico deben ser pagados al momento de la visita. Todos los pacientes con cuentas que pagan por si-mismo se les pedirán traer un pago en cada visita. A los pacientes que han hecho arreglos de pagos y/o recibido una factura mensualmente deberán dar un pago dentro de treinta días desde la fecha de la factura. Si usted tiene alguna pregunta sobre el pago, por favor avise al departamento de facturación. Nosotros le cobraremos a su compañía de seguro médico por usted. Sin embargo, su cuenta sigue siendo su responsabilidad.

#### Autorización de Seguro Médico:

Entiendo la póliza financiera mencionada arriba y acepto la responsabilidad financiera. Al firmar abajo, yo asigno al Rogue Community Health todos los pagos adeudados de mi compañía de seguro médico por los servicios prestados.

#### Divulgación de Información:

Si no pueden contactarme pueden:

- Dejar un mensaje detallado en mi máquina de contestación en casa  Sí  No  No aplica
- Dejar un mensaje detallado en mi teléfono de celular  Sí  No  No aplica
- Dejar un mensaje detallado en mi lugar de trabajo  Sí  No  No aplica
- Platicar de mi condición médica con miembros de mi hogar  Sí  No  No aplica
- Platicar acerca de mis citas médicas con miembros de mi hogar  Sí  No  No aplica

Si marco que sí,  Con cualquiera  Específicamente: \_\_\_\_\_

#### Consentimiento para Solicitar Atención Médica para los Menores:

Las siguientes personas están autorizadas a acceder atención médica de servicios que no están relacionados con exámenes físicos o servicios preventivos para el niño mencionado arriba:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

He leído y entiendo plenamente el consentimiento mencionado arriba para el tratamiento, responsabilidad financiera, divulgación de información médica, autorización de seguro médico, y consentimiento para solicitar atención médica para los menores. Estos acuerdos permanecerán vigentes por un año de calendario o hasta que yo lo anule por escrito. Si es revocado, entiendo que la autorización no afectará ningún uso o divulgación de la información que ya ha ocurrido.

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente/Tutor (por favor escriba): \_\_\_\_\_



MRN # \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACION MEDICAL

Yo autorizo a Rogue Community Health para que use y divulgue la información médica de \_\_\_\_\_ con los propósitos de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica.

\* **Tratamiento** (incluye actividades realizadas por un proveedor médico, enfermera, personal del laboratorio, empleados de la oficina, y otros tipos de profesionales médicos que le brindan atención médica, coordinación o manejo de su cuidado con terceras identidades, y consultas con y entre otros médicos. Este consentimiento incluye tratamiento proveído por cualquier personal médico que cubre nuestra clínica por teléfono como el personal médico que toma llamadas fuera de las otras de trabajo.

\* **Pago** (incluye actividades involucradas para determinar su elegibilidad de la cobertura de su plan de seguro médico, facturación y recibir pago por sus reclamos de beneficio de salud, y utilización de manejo de actividades que pueden incluir revisión de los servicios de salud para la necesidad médica, justificación de cargos, pre-certificación y preautorización.

\* **Operaciones de Atención Médica** (incluye las funciones administrativas y de negocio necesarias de nuestra oficina). Community Health Center es parte de un acuerdo de cuidado de salud organizado que incluye a participantes del Oregon Community Health Information Network (OCHIN). Su información médica puede ser compartida por Community Health Center con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para los propósitos de operaciones de atención médica.

Usted puede revisar el “**Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad**” del Rogue Community Health para la información adicional sobre los usos y divulgaciones de información descrita en este CONSENTIMIENTO antes de firmar este CONSENTIMIENTO. Por favor verifique que usted ha recibido una copia de nuestro **Aviso** al imprimir sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_.

Porque hemos reservado el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de acuerdo a la ley, los términos contenidos en el **Aviso** también pueden cambiar. Un resumen del **Aviso** será publicado en nuestra sala de espera y página de Internet indicando la fecha de vigencia del **Aviso** en la esquina superior derecha. Le ofreceremos una copia del **Aviso** en su primera cita con nosotros después de que entre en vigor la fecha del entonces **Aviso** actual. También le proporcionaremos una copia del **Aviso** cuando usted lo solicite.

Como el **Aviso** le explicara más en detalle, usted tiene el derecho a solicitar restricciones en como usamos o divulgamos su información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. **No estamos obligados a aceptar su petición.** Si estamos en acuerdo, estamos obligados a cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Otro personal médico que proporciona cobertura de llamadas para nuestra oficina están obligados a usar y divulgar su información médica protegida de acuerdo con el **Aviso**.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar este CONSENTIMIENTO siempre y cuando lo haga por escrito, excepto cuando Rogue Community Health ya haya usado o divulgado la información dependiendo en los términos de este Consentimiento.

\_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_ (o) \_\_\_\_\_ (Firma del paciente)

## FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona autorizada por ley)

### **COMO PACIENTE, ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:**

- Me comprometo a tratar al personal y a los clientes de RCH con dignidad y respeto.
- Seré puntual. Llegare a la hora especificada de llegada para mi cita.
- Cancelare mis citas por lo menos 2 horas antes de mi cita o será considerado como una “Falta”. Repetidas “Faltas” podrían tener como consecuencia perder los privilegios de hacer citas en el futuro.
- Me han dado la oportunidad de hacer preguntas que tengo acerca de la atención médica que recibo en RCH.
- Puedo solicitar una copia de todos los documentos de autorización tal como el Aviso de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices (HIPAA)), Las Responsabilidades del Paciente, y Las Responsabilidades y Deberes del RCH.
- Entiendo que los niños no pueden quedarse solos en el área de espera mientras estoy en mi consulta siendo tratado/a.
- El pago es requerido al momento del servicio a menos de que haiga hecho arreglos previos con el departamento de facturación de RCH.

Firmar:  \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Tutor legal (Favor de circular una) Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor imprima el nombre completo y la relación hacia el paciente si el padre/madre no puede firmar este documento**

Firmar:  \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Tutor legal (Favor de circular una) Fecha \_\_\_\_\_