

Por favor imprima claramente y llene todas las secciones que apliquen

Nombre del Paciente: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **#SS:** _____
(Mes/Día/Año)

Dirección: _____
(Calle) (# Apt) (Lote)

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **C.P.:** _____ **Condado:** _____

Tel. de Casa: _____ **Cel:** _____ **Trabajo:** _____

¿Está usted de acuerdo en recibir mensajes de texto Sí No

Preferencia de contacto: Teléfono de casa Teléfono de trabajo Teléfono celular Portal del Paciente Correo

Por favor marque sus preferencias de comunicaciones para lo siguiente (puede seleccionar múltiples):

Citas: Correo Electrónico Teléfono Mensaje de Texto Negarse a responder

Anuncios: Correo Electrónico Teléfono Mensaje de Texto Negarse a responder

Notificaciones de Salud: Correo Electrónico Teléfono Mensaje de Texto Negarse a responder

Facturación: Correo Electrónico Teléfono Mensaje de Texto Negarse a responder

¿Está usted de acuerdo en recibir Anuncios y Notificaciones de Salud através de correos electrónicos? Sí No

Portal del Paciente: ¿Desea registrarse para el Portal del Paciente? Sí Previamente registrado No

Si No, seleccione el motivo: No correo electrónico No Internet No desea proveer un correo electrónico No desea cuenta del portal

Si desea registrarse para el Portal tiene que proveer un correo electrónico válido

Correo Electrónico: _____

¿Desea recibir el Resumen de Cuidado de Pacientes (suyo o de su hijo) a través del Portal? Sí No

Si el acceso al portal o dirección de correo electrónico es para una persona que no sea el paciente, como un padre o tutor legal:

Nombre del titular principal de la cuenta: _____ Relación al Paciente: _____

Idioma de comunicación preferido: _____

Estado Civil: Soltero Casado Convive con Pareja Separado Divorciado Viudo

Raza: (Marque todo lo que corresponda) Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Isleño del Pacifico
 Negro o Afroamericano Nativo de Hawaii Caucásico o Blanco Negarse a responder

Etnicidad: Hispano o Latino No es Hispano o Latino Negarse a responder

Orientación Sexual del Paciente: Heterosexual Lesbiana, gay u homosexual Bisexual No Sé Negarse a responder

Identidad de género: Masculino Femenino Transgénero Masculino/Femenino-a-Masculino Género Queer
 Transgénero Femenino/Masculino-a-Femenino Negarse a responder

Empleador: _____ **Tel.:** _____

Ocupación: _____ **Industria:** _____

Farmacia Preferida: Farmacia de ECCHC u Otra: _____

Dirección/Tel.: _____

Doctor Primario de Preferencia: _____

Por favor imprima claramente y llene todas las secciones que apliquen

Si el paciente es un menor (menos de 18) por favor llene el área siguiente

Lugar de nacimiento del niño: _____
(Ciudad) (Estado) (País)

Nombre del Padre: _____ Tel.: _____

Empleador del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____ Tel.: _____

Apellido de Soltera: _____

Empleador de la Madre: _____

Estatus Escolar: Tiempo Completo Medio Tiempo No está en la escuela/guardería El paciente habla Inglés: Sí No

¿Hay algún problema de custodia que afecte la autorización de atención médica? Sí No

En caso afirmativo, explique y proporcione la documentación : _____

El paciente es o está:

Confinado a casa: Sí No Negarse a responder

Veterano: Sí No Negarse a responder

Trabajador migrante agrícola: Sí No Negarse a responder

Dependiente de trabajador migrante agrícola: Sí No Negarse a responder

Trabajador temporal agrícola: Sí No Negarse a responder

Dependiente de trabajador temporal agrícola: Sí No Negarse a responder

En vivienda publica o sección 8: Si No Negarse a responder

Deambulante: Comparte Vivienda Calle Transitorio Albergue No sabe

No Otro: _____ Negarse a responder

Necesitado de Servicios de Transporte para sus citas con nosotros: Sí No Negarse a responder

Tutor Legal del Paciente: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Tel. Casa: _____ Cel.: _____

Por favor marque todas las que apliquen con referencia al Contacto de Emergencia: Apoderado Legal para Atención Médica Cuidador Primario Paciente Reside con el Contacto Divulgación de Expediente Médico

Nombre del pariente más cercano: _____

Relación: _____ Tel. Casa: _____ Cel.: _____

Nombre del garante: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Relación al Paciente: _____ Fec. de Nacimiento: _____ #SS _____
(Mes/Día/Año)

Dirección: _____
(Calle) (# Apt) (Lote)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

| Seguro Médico Primario | Seguro Médico Secundario |
|--|--|
| # Póliza: _____ | # Póliza: _____ |
| # Grupo/Nombre de Grupo: _____ | # Grupo/Nombre de Grupo: _____ |
| Nombre del Asegurado: _____ | Nombre del Asegurado: _____ |
| Fec. Nac. del Asegurado: _____ <small>(Mes/Día/Año)</small> | Fec. Nac. del Asegurado: _____ <small>(Mes/Día/Año)</small> |
| #SS o #ID del Asegurado: _____ | #SS o #ID del Asegurado: _____ |
| Relación al Paciente: _____ | Relación al Paciente: _____ |
| Dirección del Asegurado: _____ | Dirección del Asegurado: _____ |
| Empleador del Asegurado: _____ | Empleador del Asegurado: _____ |
| Dirección del Empleador: _____ | Dirección del Empleador: _____ |
| Nombre de la Compañía de Seguro: _____ | Nombre de la Compañía de Seguro: _____ |
| Dirección de la Compañía de Seguro: _____ | Dirección de la Compañía de Seguro: _____ |
| Tel. de la Compañía de Seguro: _____ | Tel. de la Compañía de Seguro: _____ |

Ingreso: Como un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC sus siglas en Inglés) estamos *obligados* por ley Federal a recopilar la siguiente información únicamente con fines estadísticos. Esto se divulga anualmente sobre una base total de pacientes. La información individual del paciente no se informa ni se divulga.

Tamaño Familiar: _____ Negarse a responder Ingreso Familiar: _____ Negarse a responder

Frecuencia: Diariamente Semanalmente Quincenalmente Mensualmente Bi-Mensualmente Anualmente

¿Como se enteró de nosotros? Publicidad Seminario/Evento Comunitario Hospital
 Compañía de Seguros Búsqueda por Internet/Sitio Web Correo Recomendado por otro paciente
 Folleto del Centro de Recursos para Pacientes Médico Primario Vió el Centro
 Medios de Comunicación Social Médico Especialista De boca en boca Páginas Amarillas

Consentimiento para tratamiento y/o hablar de tratamiento, resultados, procedimientos y recoger recetas/medicinas
Esto permite a otros traer a su niño a citas y/o que reciban resultados e instrucciones de seguimiento.

¿DESEA DESIGNAR UN MIEMBRO FAMILIAR U OTRO INDIVIDUO CON EL CUAL SU PROVEEDOR PUEDA HABLAR ACERCA DE SU CONDICIÓN MÉDICA? EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUIÉN?

El paciente puede revocar o modificar una autorización con respecto a cualquier miembro de la familia u otra persona designada por el paciente en la autorización. La revocación o modificación debe ser por escrito.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Aviso de comunicaciones, por favor escriba sus iniciales.

- _____ Los correos electrónicos se generan a través de una instalación segura, pero se envían a través de una red pública a una dirección de correo electrónico personal y, como tales, pueden no ser seguros. Acepto avisar a la práctica médica si mi dirección de correo electrónico cambia.
- _____ Los mensajes de texto se generan a través de una instalación segura, pero se transmiten a través de una red pública a un teléfono personal y pueden no ser seguros. ECCHC no transmitirá información que permita identificar a un paciente individual. Entiendo que es posible que reciba cargos en la factura de teléfono por mensajes recibidos según mi proveedor y plan de telefonía celular. Acepto informar a la práctica médica si mi número de celular cambia o ya no está en mi poder.
- _____ Los recordatorios de citas por texto son un servicio adicional y no pueden enviarse en todas las ocasiones. Todavía soy responsable de asistir a las citas o cancelarlas.
- _____ Puedo cambiar mis preferencias de comunicación en cualquier momento. Puedo cancelar mi consentimiento para comunicarme electrónicamente o por mensaje de texto en cualquier momento notificando a la práctica médica por escrito.
- _____ Para pacientes pediátricos: en la fecha que el paciente cumpla la mayoría de edad, athenaNet cambia automáticamente el nivel de acceso para el registro del paciente para todos los miembros de la familia de acceso total a solo la facturación. La práctica médica o el paciente pueden cambiar posteriormente el nivel de acceso de un miembro de la familia o eliminar el acceso en cualquier momento.

Por favor de responder:

1. ¿Tiene una Directiva anticipada (Testamento Vital)? Sí No
- En caso afirmativo, por favor proporcione al personal una copia***
2. ¿Recibió el Aviso de Prácticas de Privacidad? Sí No
3. ¿Recibió y acepta respetar sus Derechos y Responsabilidades como paciente? Sí No
4. ¿Autoriza a ECCHC descargar su historial de medicamentos automáticamente? Sí No
5. ¿Autoriza a ECCHC enviar datos a CARES-IS (Registro de Inmunizaciones)? Sí No
6. ¿Autoriza a ECCHC compartir su historial médico electrónico entre sus proveedores de atención médica y obtener historial de medicamentos a través del Intercambio de Información de Salud para Proveedores (HIE)? Sí No

Por favor escriba sus iniciales.

Consentimiento para tratamiento

_____ Por la presente autorizo a Eau Claire Cooperative Health Center, Inc. (ECCHC) a proveer tratamientos médicos, quirúrgicos, dentales, y hospitalarios incluyendo, pero sin limitarse a rayos X, exámenes, inyecciones, exámenes de laboratorio rutinarios, prueba del VIH que sea ordenado como sea conveniente o necesario por el personal a cargo.

Autorización general/Asignación de beneficios

_____ Por la presente garantizo el pago de todos los gastos incurridos por este paciente incluyendo transportación y servicios médicos recibidos en cualquier hospital u otra instalación y la asignación de beneficios de tal paciente a ECCHC. Por la presente autorizo a ECCHC a proveer de sus registros cualquier información solicitada por el seguro de terceros responsables en relación con las asignaciones anteriores.

Divulgación/Asignación

_____ Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el **Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Medicare)** es correcta. Autorizo al titular de la información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o portadores a cualquier tercero adicional responsable de los pagos de beneficios cualquier información necesaria para ésta o cualquier reclamación a Medicare. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Asigno el pago de los cargos pendientes por visitas hospitalarias por médicos de la clínica y del hospital por los cuales **ECCHC** esté autorizado a facturar. Entiendo que soy responsable por cualquier deducible de seguro y coseguro.

Firma del Paciente / Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Relación al Paciente: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____