



Documento de Información del Paciente (Letra en Molde)

Fecha de Hoy: _____ Número de expediente Médico#: _____

Información Demográfica Del Paciente:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Vive en el Condado de Santa Fe? Sí ☐ No ☐

Teléfono de Casa: _____ - _____ - _____ Teléfono de Trabajo: _____ - _____ - _____ Ext. _____

Teléfono de Celular: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: (Mes) ____ / (Día) ____ / (Año) ____

Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénico	Orientación Sexual: ☐ Lesbiana, gay o homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No lo se ☐ Elijo no revelar	Identidad de Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Mujer a Hombre ☐ Hombre a mujer ☐ Género queer ☐ Elegir no revelar
--	---	---

Estado Civil: ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Compañero/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a Legalmente

Correo electrónico: _____

_____ Acepto utilizar mi dirección de correo electrónico para acceder al Portal del paciente de La Familia Health, que permite la visualización segura de mis registros y la comunicación con el personal. Acepto proteger mi contraseña de usuarios no autorizados. Notificaré a La Familia Health si mi contraseña se ve comprometida. Acepto no responsabilizar a La Familia Health por ninguna infracción de la red fuera de su control.

Estado De Empleo: 1= Empleado/a tiempo completo 2 = Empleado/a Medio Tiempo 3 = No Empleado/a
(encierre el numero 4 = Empleado/a por su propia cuenta 5 = Retirado/a 6 = En Trabajo Militar Activo
de respuesta)

Nombre del empleador _____

Estado Estudiantil: F = Tiempo Completo P = Medio Tiempo N = No Estudio

Información De La Persona Responsable:

☐ Yo/Propio ☐ Tutor Legal (el tutor legal es paciente de LFMC?) Sí ☐ No ☐

(Complete La Información De La Persona Responsable:)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ - _____ - _____ Teléfono de Trabajo: _____ - _____ - _____ Ext. _____

Información de Contacto de Emergencia:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Que relación tiene con el Paciente?: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ - _____ - _____ Teléfono de Trabajo: _____ - _____ - _____ Ext. _____

Autoriza que se le de información medica a la persona de Contacto de Emergencia (HIPAA)? Sí ☐ No ☐

¿Si su médico le receta medicamento este día, a cuál farmacia desea que su receta sea mandada?:

Nombre de Farmacia: _____ Localidad: _____

Si le dan una receta y necesita volver a surtirla, comuníquese directamente con su farmacia al menos 4 a 5 días hábiles antes de que se le acabe el medicamento. Su farmacia se pondrá en contacto con nosotros.

Información de Seguro Médico:

Nombre de Seguro Médico: _____ Numero de Teléfono _____ - _____ - _____

Nombre de la persona Asegurada: _____ Relación al Paciente: _____

Es su visita de hoy relacionada con un reclamo de compensación de trabajadores? SI _____ NO _____

Autorización para divulgar información al seguro

Autorizo a La Familia Health a divulgar cualquier información médica/dental u otra información que pueda ser necesaria para completar reclamos de seguro, revisión de servicios o recepción de beneficios a terceros pagadores, al agente y/o representante del tercero pagador, a los pagadores, al agente y/o representante del tercero pagador. Además, autorizo a La Familia Health a facturar a mi seguro por los servicios prestados.

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER DEDUCIBLE, COPAGO, COASEGURO O CUALQUIER OTRA CANTIDAD DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE QUE NO ESTÉ CUBIERTA POR MI SEGURO

Firma del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del Representante Del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Relación a el/la Paciente: _____

Información Adicional:

Favor de elegir la "Raza" apropiada: ☐ Negro Africano/Americano ☐ Blanco/a ☐ Otra Raza (favor de especificar) _____ ☐ No sé	Favor de elegir la "Etnicidad" apropiada: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Negar Reportar	Favor de elegir el "Idioma" apropiado: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro (favor de especificar) _____	Verifacion de ingresos Ingreso semanal aproximado del hogar:: \$ _____ Cuántas personas viven en su casa, incluido usted? _____
Usted es un: Veterano/a ☐ Sí ☐ No Agricultor Estacional ☐ Sí ☐ No			¿Tienes una directiva avanzada? Si ☐ No ☐
Destituido/Desamparado ☐ Si ☐ No Si su respuesta es Si..... ☐ Vivienda Transitoria ☐ En Peligro de Destituido/Desamparado ☐ Calle ☐ Refugio para los desamparados ☐ Vive con otros ☐ Otro _____			¿Cómo se entero acerca de La Familia? Por favor, marque todas las que apliquen. ☐ Anuncio de periodico ☐ Anuncio de radio ☐ Redes Sociales ☐ Referido por otra agencia o medico ☐ Por parte de un amigo o familiar ☐ Otro ☐ Folleto or cartel

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- ✓ **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Estamos comprometidos a mantener su información de salud segura y protegida. He recibido una copia o me han dado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de La Familia Health.
- ✓ **PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y QUEJAS DEL PACIENTE.** He recibido una copia o me han dado la oportunidad de revisar el Procedimiento de Quejas de Pacientes de La Familia Health.
- ✓ **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.** He recibido una copia o me han dado la oportunidad de revisar el Procedimiento De Derechos y Responsabilidades De Pacientes De Familia Health

CITA

- ✓ **DÍA DE LA CITA** - Cuando programa una cita con uno de nuestros proveedores, esa fecha y hora están reservadas exclusivamente para que usted pueda discutir y revisar sus inquietudes médicas. Por lo tanto, le solicitamos que si usted no puede asistir a su cita programada, nos notifique con 24 horas de anticipación para que la hora sea disponible para otro paciente o se considerará que no se presentó.
- ✓ **PACIENTE NUEVO QUE NO SE PRESENTA** - Un paciente nuevo que no se presente dos veces seguidas a una cita programada no se le concederá otra cita por un período de un año.
- ✓ **PACIENTE ESTABLECIDO NO PRESENTACIÓN** - Un paciente establecido que no se presenta tres veces en un año a una cita programada no se le concederá otra cita por un periodo de seis meses.
- ✓ **HORA DE LA CITA** - Pacientes que lleguen tarde más de diez (10) minutos perderán la hora de su cita y será necesario reprogramar la cita
- ✓ **FUERA DE HORARIO** - Si necesita servicios fuera del horario de atención, puede llamar al 505-982-4425, nuestro servicio de asistencia le pondrá en contacto con el proveedor de salud de La Familia de guardia. También puede ir a la sala de emergencias más cercana.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

- ✓ Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico/de salud conductual/dental por parte de los proveedores y el personal clínico de La Familia Health para mí o para el paciente del cual soy padre o representante legal autorizado. Autorizo a los Proveedores médicos/salud conductual/proveedores dentales de Familia Health y otro personal de la clínica, para administrar dichos medicamentos y para llevar a cabo exámenes y procedimientos de diagnóstico que se consideren necesarios y/o aconsejable para mi atención médica/atención de salud conductual/atención de salud dental. Los servicios/procedimientos mencionado anteriormente puede ser realizado en ocasiones por profesionales de la salud en formación bajo la supervisión de profesionales de la salud empleados por La Familia Health.
- ✓ Si lo recomienda mi proveedor médico o de salud conductual, doy mi consentimiento para participar en servicios de Telesalud para recibir atención, tratamiento y servicios considerados necesarios y haber firmado el Formulario de consentimiento informado de Telesalud.
- ✓ Si corresponde a mi atención y tratamiento, doy mi consentimiento para que La Familia utilice mis registros relacionados con trastornos por uso de sustancias para fines operativos de atención médica y, si doy mi consentimiento, también para fines de facturación. Entiendo que estos registros no pueden ser utilizados en una investigación criminal, procedimientos penales, ni en procedimientos administrativos o civiles sin mi consentimiento o una orden judicial.

HONORARIOS POR SU CUIDADO

- ✓ **SEGURO.** Aceptamos la mayoría de los seguros, incluidos Medicare y Medicaid. También colaboramos con el Departamento de Salud de Nuevo México, Título X para brindar algunos servicios con un costo mínimo o sin costo para el paciente. Servicios como salud de la mujer y control de la natalidad.
- ✓ **TARIFA DESLIZANTE.** Ofrecemos una escala móvil de tarifas para que nuestros servicios sean más asequibles para los pacientes con ingresos elegible. Entiendo que tengo 30 días a partir de la fecha del servicio para ser elegible para la tarifa variable. Para ser elegible, debo proporcionarle a LFH prueba de ingresos de todos los miembros que trabajan en el hogar. La elegibilidad para la tarifa móvil se basará en el tamaño de la familia y el ingreso bruto. En caso de que no presente un comprobante de ingresos dentro de los 30 días entiendo que seré responsable por 100% de los cargos. La Familia Health opera dentro Requisitos del programa HRSA.
- ✓ Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago, coaseguro o cualquier otra responsabilidad del paciente. Cantidades que no están cubiertas por mi seguro o programas para los que soy elegible
- ✓ **Entiendo que podría haber tarifas adicionales si se brindan otros servicios como laboratorios y procedimientos.**

Nombre Del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma Del Paciente : (O Guardián Legal si el/la paciente es menor de 18 años de edad) _____