

# HealthReach Community Health Centers - 2024

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Inic. del segundo nombre:	Apodo:
Fecha de nacimiento:     /     /	Número del Seguro Social:		Según su cobertura de seguro, ¿cuál es su sexo?:   q M   q F
Dirección postal:		Dirección física/local:   q La misma que la dirección postal	
		Calle:	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:
Código postal ZIP+4		Código postal ZIP+4	
Teléfono del hogar:	Teléfono durante el día:	Otro teléfono:	
Proveedor de atención primaria:			
Proveedor odontológico:			
Indique su dirección de correo electrónico. Puede dejar de recibir información electrónica de nosotros en cualquier momento.			
Dirección de correo electrónico:			

INFORMACIÓN DEL SEGURO	
<b>Solicite en recepción que escaneen su tarjeta del seguro.</b>	
<b>Si la <u>tarjeta del seguro no está vigente</u> ni disponible, es posible que le facturen.</b>	
<b>Nombre del seguro principal:</b>	<b>N.º de póliza del seguro principal:</b>
<b>Nombre del titular de la póliza (si es diferente al del paciente):</b>	
<b>Nombre del seguro secundario:</b>	<b>N.º de póliza del seguro secundario:</b>
<b>Nombre del titular de la póliza (si es diferente al del paciente):</b>	

**PAGO DE BENEFICIOS:** Autorizo a mi compañía de seguro médico o a otro tercero pagador responsable del pago de mi atención médica, incluido Medicare, MaineCare y otras aseguradoras comerciales y gubernamentales, a pagar los costos asociados con los servicios de atención médica que HealthReach Community Health Centers (“HRCHC”) me brinde. Por el presente, cedo a HRCHC los derechos que yo podría tener a recibir pagos directamente de dichas aseguradoras y terceros pagadores, y autorizo a mis aseguradoras y terceros pagadores a pagar a HRCHC directamente los servicios de atención médica que me brinden. Entiendo y acepto que (independientemente de mi estado respecto al seguro) soy responsable en última instancia del saldo (incluidos copagos, coaseguros y deducibles) de mi cuenta por los servicios de atención médica que HRCHC brinde. Entiendo que la información de salud sobre mí se puede compartir con mi compañía de seguro médico u otros terceros pagadores responsables de pagar mi atención médica.

INFORMACIÓN DEL GARANTE (persona responsable del pago)   q Titular. De lo contrario, complete los siguientes espacios			
Apellido:	Nombre:	Inic. del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:     /     /	Relación con el paciente:   q Cónyuge           q Padre o madre           q Otra		
Dirección postal: (si es diferente a la del paciente)	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del hogar:	Número de teléfono durante el día/del trabajo:		
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA   Q Ninguna   Q Garante   Q Si es otro, complete los siguientes espacios.			
Nombre:		Relación:	
Número de teléfono del hogar:	Número de teléfono durante el día/del trabajo:		

# HealthReach Community Health Centers - 2024

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## OTRA INFORMACIÓN OBLIGATORIA

Este sitio es un centro de salud calificado a nivel federal (FQHC, por sus siglas en inglés), lo que significa que recibimos una subvención federal que nos permite ofrecer un programa de tarifas con descuento a nuestros pacientes que reúnen los requisitos. Estamos obligados a proporcionar cierta información a la Oficina de Atención Médica Primaria cada año sobre todos nuestros pacientes. Marque todas las casillas que le correspondan a usted (o al paciente que está siendo atendido).

<b>Raza (seleccione todas las opciones que correspondan)</b>		<b>Etnia (seleccione una opción)</b>	
<input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Se niega a especificar <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Guamana o chamorra <input type="checkbox"/> Hawaiana <input type="checkbox"/> Hispana	<input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico (no hawaiana) <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Chicana <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Se niega a especificar <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Mexicano-americana <input type="checkbox"/> No hispana ni latina <input type="checkbox"/> Puertorriqueña	
<b>¿Idioma que prefiere?</b>		<b>¿Necesita lo siguiente? (Seleccione alguna opción si corresponde)</b>	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		<input type="checkbox"/> Intérprete <input type="checkbox"/> Lengua de señas	
<b>¿Actualmente está sin vivienda (indigente)?</b>		<b>Seleccione una opción (si corresponde)</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe/no se informa		<input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante (se traslada de lugar para trabajar) <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola estacional (no se traslada para trabajar)	
<b>¿Alguna vez prestó servicios en las Fuerzas Armadas de EE. UU.? (Fuerza Aérea, Ejército, Guardacostas, Marines, Guardia Nacional, Marina, etc.)</b>			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Orientación sexual - ¿Se considera...?</b>		<b>Identidad de género - ¿Cuál es su identidad de género actual? (Seleccione todas las opciones que correspondan)</b>	
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Se niega a especificar		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer a hombre (FTM)/hombre transgénero/hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer (MTF)/mujer transgénero/mujer trans <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional (u otra). Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a especificar	

# HealthReach Community Health Centers - 2024

<b>¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado de nacimiento original? (Seleccione una opción)</b>	
<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino
<input type="checkbox"/>	Se niega a especificar

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seleccione con un círculo a continuación la opción que mejor describa su nivel de ingresos relacionado con el tamaño de su familia (seleccione con un círculo la LETRA).							
Categoría A		Categoría B		Categoría C		Categoría D	
Tamaño de la familia	Ingreso anual máximo:	Tamaño de la familia	Ingreso anual máximo:	Tamaño de la familia	Ingreso anual máximo:	Tamaño de la familia	Ingreso anual máximo o SUPERIOR A:
1	\$15,060	1	\$22,590	1	\$30,120	1	\$30,121
2	\$20,440	2	\$30,660	2	\$40,880	2	\$40,881
3	\$25,820	3	\$38,730	3	\$51,640	3	\$51,641
4	\$31,200	4	\$46,800	4	\$62,400	4	\$62,401
5	\$36,580	5	\$54,870	5	\$73,160	5	\$73,161
6	\$41,960	6	\$62,940	6	\$83,920	6	\$83,921
7	\$47,340	7	\$71,010	7	\$94,680	7	\$94,681
8	\$52,720	8	\$79,080	8	\$105,440	8	\$105,441
Para cada persona adicional, agregue \$5,380 al año							

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD:

1. Sé que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que HRCHC no ofrece garantías sobre tratamientos ni exámenes que me puedan realizar aquí.
2. Entiendo que HRCHC y sus empleados pueden utilizar la información de mis registros para fines médicos apropiados y para la auditoría de mejoras clínicas.
3. Autorizo al personal médico de HRCHC a realizar exámenes de diagnóstico, pruebas y procedimientos, y a proporcionar medicamentos, tratamientos o terapias necesarias para evaluar, diagnosticar y tratar con eficacia la afección por la que estoy buscando atención. Entiendo que es responsabilidad del proveedor explicarme los motivos de cada examen de diagnóstico, prueba o procedimiento, las opciones de tratamiento disponibles, y los riesgos frecuentes y las cargas y los beneficios anticipados que se asocian con estas opciones.
4. Entiendo que me reservo el derecho a rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento en particular, recomendados o considerados médicamente necesarios por el proveedor.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Si coloco mis iniciales aquí, reconozco que recibí una copia de las Prácticas de Privacidad de HealthReach Community Health Centers.

Iniciales del paciente/representante autorizado\* en el cuadro (a la  derecha):

[Para el personal: Si no se colocan las iniciales, documente los motivos].

**FIRMA:** Si firmo a continuación, reconozco que leí la información indicada arriba, que entiendo y acepto las declaraciones anteriores y que tuve la oportunidad de que respondan las preguntas que podría haber tenido.

# HealthReach Community Health Centers - 2024

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o el representante autorizado\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\* Si firma el representante autorizado:*

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fuente de las facultades (p. ej., tutor, poder)