

Registración de Pacientes

Seguro Social: _____		Fecha de Nacimiento: _____		Sexo al Nacer: _____	
Primer Nombre: _____		Segundo Nombre: _____		Apellido: _____	
Dirección: _____		Apto/Suite # _____		Nombre Preferido/Pronombre: _____	
Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____	
Correo Electrónico (mayores de 13 años): _____				# De Casa: _____	
				# De Celular: _____	
Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Omitir <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer/ Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Genderqueer; Ni exclusivamente masculino ni femenino				# De Trabajo: _____	
				Numero Preferido:	
				<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular Por favor comunicar por: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Texto	
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Incierto <input type="checkbox"/> Omitir					
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Japonés/a <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático/a <input type="checkbox"/> Indio/a Asiático/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameños/Chamorro/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano/a <input type="checkbox"/> Mas de una Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No Declarado/Omitir					
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No hispano, Latino/a o de origen Español <input type="checkbox"/> No Declarado/Omitir <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a, Mexicano/a Americano/a, Chicano/a <input type="checkbox"/> Otros orígenes hispanos, Latinos o Españoles: _____					
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a					
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante Medio Tiempo					
Referido a Nosotros por: <input type="checkbox"/> Otro Centro de Atención Medica <input type="checkbox"/> Evento Comunitario <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> TCCH Empleado/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> LinkedIn <input type="checkbox"/> YouTube <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Pagina Web de TCCH					
Como Centro de Salud Cualificado Federalmente, Treasure Coast Community Health debe hacer las siguientes preguntas para todos miembros en el hogar. **Esta información es obligatoria para todos los pacientes, incluyendo los niños**					
Periodo de Ingresos: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Omitir <small>Ex: Salarios deducibles de impuestos, propinas, ingresos de trabajo por cuenta propia, desempleo, seguro social, discapacidad, jubilación, inversiones, compensación de trabajadores.</small>					
Estimado del Ingresos Familiar (Antes de Impuestos): _____				Número de personas en el Hogar: _____	
¿Esta desamparado? <input type="checkbox"/> No Desamparado/a <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Compartiendo Hogar <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Omitir <input type="checkbox"/> Otro					
¿Vive en Vivienda Publica Sección 8? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Discapacitado/a: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Omitir <input type="checkbox"/> No migrante/estacional <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Trabajador/a Migrante					
Veterano/a: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omitir <input type="checkbox"/> Si		Renuncio al Ejército: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omitir <input type="checkbox"/> Si		Fecha de Renuncio: _____	
Refugiado/a: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		En caso de ser refugiado/a		Pais de Origen: _____	

Registración de Pacientes (Continuar)

INFORMACION DE SEGURO

¿Está cubierto por un seguro Médico/Dental? No Si Por favor indique seguro primario: _____

Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

Numero de Miembro: _____ Numero de Grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

FARMACIA

Los pacientes de TCCH reciben los precios de medicamentos más bajos del condado. Si desea acceder a medicamentos gratuitos seleccione una de las farmacias TCCH como su farmacia principal.

Gifford Olso Fellsmere

Si prefiere una farmacia diferente, por favor proveer la información de su farmacia

Farmacia Preferida: _____ Ciudad: _____ Número de Teléfono: _____

Información del padre/tutor legal

(Completar si paciente es menor de edad o adulto con guardián legal)

Nombre de Padre: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de Madre: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Tutor Legal: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

La información anterior es real y verdadera. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Treasure Coast Community Health por escrito de cualquier cambio en la información anterior

Nombre: _____

Firma: _____

Relación al paciente: _____

Fecha: _____

Por favor, devuelva este documento al personal de recepción

TRATAMIENTO/AUTORIZACION DE PAGO PARA TREASURE COAST COMMUNITY HEALTH, INC (TCCH)

**Escriba sus iniciales al lado de cada línea para mostrar que ha leído y está de acuerdo con cada declaración

1. _____ Yo autorizo y solicito TCCH a proveer el cuidado de salud** a mi y/o a mi familia. Yo reconozco mi responsabilidad en pagar por este cuidado de acuerdo con los cargos establecidos. Yo le he informado al TCCH sobre todas mis coberturas de seguro y presentado una copia de todas las tarjetas de seguro. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos y gastos incurridos para mi cuidado médico, excepto por los cargos y gastos que estén cubiertos por mi seguro médico que acepte el TCCH. Yo entiendo que el pago, incluyendo el seguro médico, co-pagos y los cargos reducidos por ingreso, son efectivos al momento de recibir los servicios médicos
2. _____ **PERMISO DE COMPARTIR CUIDADO DE SALUD** –Yo doy consentimiento para compartir la información de mis expedientes médicos de cuidado rutinario con el propósito de reembolsos, arreglos de referido u otro cuidado de salud. Yo permito que el TCCH comparta los registros de inmunización a cualquier escuela o guardería infantil.
3. _____ Doy permiso para que mi Información de salud protegida se divulgue con el fin de coordinar las necesidades de mi salud médica, comunicar los resultados y las decisiones de atención a los amigos y/o familiares enumerados a continuación.
(Inicial si corresponded)

Name	Relationship	Contact Number

4. _____ Doy permiso para que mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sea capturada por un Medical Scribe virtual o en vivo con el fin de coordinar las necesidades de atención médica, comunicar resultados y decisiones de atención. Esta información se puede registrar con fines de control de calidad y entrada precisa de datos en su registro médico permanente. Cualquier registro sería temporal y se eliminaría después de ingresar al registro médico permanente. Toda la información transcrita será revisada y verificada por su proveedor de atención médica.
5. _____ **COORDINACIÓN DE CUIDADO** – Yo doy consentimiento para la coordinación de mi cuidado de salud con proveedores de servicios médicos basados en la comunidad o en la casa, que incluyan el programa del manejo de cuidado crónico.
6. _____ **ACCESO** – Yo doy mi consentimiento para dar el acceso electrónico de mi información médica a otras instituciones (por ejemplo; farmacias, laboratorios, etc.), para el propósito del cuidado de mi salud.
7. _____ **PORTAL DEL PACIENTE** – Entiendo que tengo la oportunidad de tener acceso al Portal del Paciente las 24 horas del día, mantendré mi “nombre de usuario” y contraseña seguros y obtendré acceso solamente a las cuentas que tengo derecho a ver.
8. _____ **TEXTO/CORREO ELECTRONICO** – Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otra comunicación/información de salud de parte de TCCH
9. _____ Por este medio le otorgo permiso a TCCH para usar fotografías de mí o de mi hijo/a tomadas en la fecha _____ en TCCH con fines de identidad **SOLAMENTE.**
10. _____ **ME HAN SIDO OFRECIDAS Y/O RECIBI EL AVISO DE PRIVACIDAD DE LA PRACTICA**

ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERA EN EFECTO DURANTE DOCE (12) MESES A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA. Usted tiene el derecho de modificar o revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma de: _____
 (Escoge uno) Paciente Padre/Madre Guardián Fecha

TCCH Staff Member: _____ Fecha: _____