

**FORMULARIO DE ADMISIÓN
DEL PACIENTE**

N.º de cuenta: _____ Fechas: _____

Lugar: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE: _____ **SEGUNDO NOMBRE:** _____ **APELLIDO:** _____**Fecha de nacimiento:** _____ **N.º de Seguro Social:** _____**Dirección:** _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____**Dirección postal:** _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____**Número de teléfono:** Del hogar _____ Celular/Alternativo _____ Del trabajo _____**Mejor número de teléfono de contacto:** Del hogar Celular Alternativo (si aplica "Alternativo",
 Del trabajo Confidencial/Hablar conmigo solamente No llamar ¿de quién es este número? _____**Dirección de correo electrónico:** _____**Nombre del empleador:** _____**Dirección del empleador:** _____**Identidad de género:** Masculino Femenino
 Transgénero: Masculino/de femenino a masculino
 Transgénero: Femenino/de masculino a femenino
 Prefiero no revelar Otro**Farmacia de preferencia:** _____ **Remitido por:** Publicidad Familiar/amigo Otro: _____**Cabeza de familia:** Primer nombre y apellido: _____ Parentesco: _____ Género: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

SOLO PARA MENORES DE EDAD (si el paciente es menor de 18 años):**Padre o madre/tutor legal del menor:** _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Parentesco con el menor: _____

Padre o madre/tutor legal del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Parentesco con el menor: _____

Autorizo a otras personas a acompañar a mi hijo para recibir tratamiento médico en Teche Action Clinic en mi ausencia. Sí (complete el formulario de consentimiento de los padres ausentes) No**CONTACTO DE EMERGENCIA:** (Para ser contactado **solamente** en caso de emergencia. Anote a una persona que no viva con el paciente).Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____ 18 años o mayor: Sí SinNombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____ 18 años o mayor: Sí No

INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

NOTA: Como Centro de Salud Federalmente Calificado, la Ley Federal exige que Teche Action Clinic (TAC) recopile la siguiente información solo para fines estadísticos. Esta información se reporta anualmente sobre la base del número total de pacientes. La información individual de los pacientes NO se comunica ni se divulga. La recopilación de esta información también ayuda a TAC a solicitar subvenciones adicionales para brindar apoyo y ampliar sus servicios. **Gracias por su cooperación.****Estado civil:** Soltero Casado Divorciado Viudo **¿Es veterano?** Sí No**¿Cuál es su idioma principal?** _____ **¿Fuma?** Sí No **Sexo asignado en el nacimiento:** _____**Orientación sexual del paciente:** Heterosexual (no es lesbiana ni gay) Lesbiana o gay Bisexual
 Algo más No sé Prefiero no revelarlo**¿Reside en una vivienda pública?** (La Sección 8 no se considera vivienda pública) Sí No**¿Cuántas personas viven en su hogar?** _____ **¿Ingresos mensuales aproximados en el hogar?** Menos de \$ 1000 \$ 1000-\$ 1500 \$ 1500-\$ 2000 \$ 2000-\$ 2500 \$ 2500-\$ 3000 \$ 3000-\$ 3500 \$ 3500-\$ 4000 \$ 4000-\$ 4500 \$ 4500-\$ 5000 \$ 5000-\$ 5500 Más de \$ 5500**Otras fuentes de ingreso** (selecciones todas las que apliquen): SSI Asistencia para veteranos AFDC/TANF Cupones de alimentos Seguro Social Beneficios de jubilación Viviendas de la Sección 8 Manutención infantil

Nombre del paciente: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA (CONT.)

Etnia: ¿Es hispano, latino o español? Sí (si respondió Sí, especifique: _____) No
 No declarado/se rehúsa a declarar

Raza: (seleccione todas las que apliquen) Asiático: especifique: Indoasiático Chino Filipino Japonés
 Coreano Vietnamita Otro Nativo de Hawái De otra isla del Pacífico Afroamericano/negro
 Amerindio/nativo de Alaska Caucásico/blanco No declarado/se rehúsa a declarar

¿Es migrante? En los últimos 2 años, ¿usted o algún pariente directo ha vivido fuera de casa para trabajar en alguna actividad agrícola (trabajo agrícola)? Sí No

¿Trabaja por temporada? En los últimos 2 años, ¿usted o algún pariente directo ha trabajado en alguna actividad agrícola (trabajo agrícola), como plantar, cosechar, preparar la tierra, empaquetar, conducir un auto de carga para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajar con animales como vacas, pollos, etc.? Sí No

¿Usted o un pariente directo dejó de emigrar para dedicarse a la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o a la edad (demasiado mayor para trabajar)? Sí No

¿No tiene vivienda permanente (¿se encuentra en situación de indigencia)? Sí No

De ser así, marque una opción: Acogida doble (vivienda compartida con amigos o familiares)
 Albergue para personas sin hogar En la calle En transición No sabe (se rehúsa a declarar)
 Otros _____

INFORMACIÓN ECONÓMICA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRINCIPAL: _____

Identificación de la póliza (número de seguro): _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA: _____

Número de identificación de la póliza (seguro): _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTALES: _____

Número de identificación de la póliza (seguro): _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DE SALUD MENTAL: _____

Número de identificación de la póliza (seguro): _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

NO TENGO SEGURO.

ME GUSTARÍA SOLICITAR UN DESCUENTO POR TARIFA VARIABLE

Los ingresos de su hogar y el tamaño de su familia pueden permitirle a usted y a su familia participar en el Programa de Descuento de tarifa variable de Teche Action Clinic. Nuestros agentes de atención al paciente y trabajadores sanitarios comunitarios pueden ayudarlo con cualquier pregunta y sobre cómo presentar la solicitud.

Información sobre el seguro: Por medio de la presente autorizo a TAC para divulgar documentación médica y dental de apoyo a mi compañía de seguros por los servicios que me prestaron a mí o a los dependientes cubiertos.

Asignación de la prestación del seguro: Por medio de la presente autorizo el pago directo a TAC de las prestaciones que de otro modo me corresponderían, pero sin exceder los cargos regulares de TAC por este servicio. Entiendo que soy económicamente responsable ante TAC por cualquier cargo que no cubra mi seguro, incluido el saldo de mis cargos después de que se haya aplicado cualquier descuento.

Aceptación de la responsabilidad de los copagos: Entiendo que soy responsable de cualquier deducible o copago del seguro médico o de cualquier servicio que no cubra mi seguro.

Accidente automovilístico e indemnización por accidente laboral: Entiendo que soy 100 % responsable de la factura del tratamiento por un accidente automovilístico o un incidente de indemnización laboral y que debo pagar la factura en su totalidad el día que reciba el tratamiento. Además, entiendo que es posible que no tenga que pagar por el tratamiento que reciba, si mi abogado o liquidador de siniestros (en representación de un reclamo o una demanda pendiente) presenta documentación escrita en la que se comprometa a pagar la cuenta en su totalidad.

Nombre del paciente: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Acuerdo financiero: Acepto pagar todos los gastos que no sean a cargo del seguro o de terceros. Acepto cumplir con los términos y condiciones de la política de cobros de TAC. Entiendo que puede haber costos adicionales por suministros y equipos relacionados, pero no incluidos en el copago, el deducible o la tarifa nominal cobrada en el momento del servicio. Entiendo que puedo recibir una factura por dichos costos adicionales, de acuerdo con la política de honorarios de TAC, y que es mi obligación pagar dichas facturas y que se pueden programar acuerdos de pago para cualquier saldo impagado.

Teche Action Clinic no es una clínica gratuita y el incumplimiento de su responsabilidad fiscal con nosotros o el acuerdo de un calendario de pagos puede ocasionar su baja financiera de nuestros servicios TAC puede optar por terminar su relación con cualquier paciente que no cumpla con este acuerdo financiero, de acuerdo con su política de cobros.

Por medio de la presente acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de la información médica de Teche Action Clinic. Asimismo, estoy de acuerdo en permitir que TAC comparta datos demográficos y de ingresos con donantes estatales, federales y privados, según sea necesario. Cualquier información proporcionada que se descubra que es falsa ahora o en el futuro, podría considerarse un fraude del que podría ser considerado responsable.

Iniciales del paciente/tutor legal: _____

Fecha: _____

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
DECLARACIÓN DE DERECHOS y RESPONSABILIDADES y TESTAMENTOS VITALES/
DIRECTIVAS DE ANTICIPADAS**

Divulgación de información: Entiendo que se mantendrá la confidencialidad tal y como se describe en el *Aviso de privacidad*. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica tal como se describe en el *Aviso de privacidad* de la información médica. Entiendo que todos los servicios son confidenciales. Sin embargo, en ciertos casos, tales como emergencias que amenazan la vida, abuso, enfermedades denunciadas, se puede obligar a TAC a compartir información cuando hacemos una referencia a otra agencia. Además, la información puede revisarse y compartirse con los donantes estatales, federales y privados con fines de garantía de calidad, según sea necesario.

Al firmar el formulario a continuación, reconozco que Teche Action Clinic me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se manejará la información médica en diversas situaciones.

- Revisé el *Aviso de prácticas de privacidad y la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente* de Teche Action Clinic.
- Teche Action Clinic me dio la oportunidad de discutir mis preocupaciones y preguntas sobre la privacidad de mi información médica.
- Recibí información de Teche Action Clinic's sobre *testamentos vitales y directivas anticipadas*.

Iniciales del paciente/tutor legal: _____

Fecha: _____

El personal de Teche Action Clinic debe completar a continuación si la Sección de Reconocimiento y derechos y responsabilidades no está firmada.

¿El paciente recibió el Aviso de privacidad? SÍ NO Iniciales del empleado: _____

Consentimiento de atención médica integrada para el tratamiento

*Antes de dar su consentimiento, asegúrese de que comprende la información que figura a continuación.
Con gusto responderemos a sus preguntas. Puede solicitar una copia de este formulario.*

Entiendo que debo comunicar al personal si son necesarios los servicios de un intérprete de idiomas para mi comprensión de la información escrita u oral que se me facilite durante mis visitas médicas.

Consentimiento para el tratamiento: Solicito a Teche Action Clinic (TAC) que me proporcione a mí (o a mis dependientes menores de edad) atención médica, dental, de salud conductual (abuso de sustancias, psicológica o psiquiátrica) o social. Recibiré información sobre las pruebas, tratamientos, procedimientos y medicamentos que me van a administrar, incluidos los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre cualquier información que no entienda. Por medio de la presente solicito que una persona autorizada por Teche Action Clinic proporcione la evaluación, las pruebas y el tratamiento adecuados. En la medida de lo posible y lo práctico, cooperaré plenamente con el proveedor y cumpliré con el régimen de tratamiento y los procedimientos de detección establecidos.

Se acuerda que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. No puede ofrecerse ninguna garantía, real o implícita, sobre el resultado de los servicios.

Derecho a revocar el consentimiento: Tengo derecho a retirar mi consentimiento para mi propio tratamiento o de mis hijos en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud por escrito al proveedor tratante.

Expiración del consentimiento: Este consentimiento expirará a los 12 meses de la fecha de la firma, salvo que se especifique lo contrario.

Iniciales del paciente/tutor legal: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Los proveedores y demás personas aquí en Teche Action Clinic (TAC) queremos hacer todo lo posible para proteger la información médica que tenemos sobre su salud y mantenerla privada y segura. Usted tiene derecho a esa información y a hablar de ella con su equipo de atención médica.

Cuando necesitemos ponernos en contacto con usted, solo hablaremos con usted o con las personas que haya indicado a continuación. Indique únicamente los números que desea que utilicemos para ponernos en contacto con usted.

- Estoy de acuerdo en permitir que TAC se ponga en contacto conmigo de las siguientes maneras en relación con mi información médica privada, evaluación y tratamiento.
- Si he marcado "SÍ", autorizo a TAC a dejarme mensajes cuando no esté disponible.

Es en su mejor interés y en el mejor interés de TAC que los proveedores de **salud conductual** no se comunican o comunicarán con cualquier paciente con respecto a su tratamiento o atención a través de correo electrónico y mensajes de texto. Tampoco iniciaremos la comunicación con usted como paciente de esta manera.

Teléfono del hogar _____ SÍ NO Teléfono celular _____ SÍ NO

Teléfono del trabajo _____ SÍ NO Otro teléfono _____ SÍ NO

Autorizo a TAC y al personal médico a discutir la información sobre el cuidado de la salud de mis hijos (que puede incluir historial, diagnóstico, laboratorios, resultados de pruebas, tratamientos y otra información sobre la salud) con los contactos indicados a continuación. Entiendo que al dejar espacios en blanco, estoy indicando mi opción de "Sin información" y no quiero que se divulgue ninguna información sin mi consentimiento expreso.

Nombre:

Parentesco con el paciente:

Información de contacto:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Con mi firma a continuación reconozco que he leído y entiendo la información proporcionada en el formulario anterior y autorizo servicios por parte de Teche Action Clinic como el paciente o como el agente general del paciente y acepto sus términos. Entiendo el riesgo asociado con los diferentes métodos de comunicación y doy mi consentimiento a las condiciones, restricciones y las responsabilidades del paciente descritas anteriormente, así como cualquier otra instrucción que TAC pueda imponer. Entiendo que se me pedirá que actualice esta información al menos una vez al año o cuando mi información cambie, lo que ocurra primero.

Al firmar a continuación, estoy declarando que la información que he proporcionado es verdadera, y autorizo a TAC a verificar esa información, y a divulgarla a los proveedores de atención médica que me han referido/mutado.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____