

INSCRIPCION DE NUEVO PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: Apellido, Primer Nombre, Segundo nombre		Nombre Preferido:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: o Masculino o Femenino	Numero del SS:
Estado Civil: o Divorciado(a) o Casado(a) o Soltero(a) o Separado(a) o Viudo(a) o Nino		Correo Electrónico:
Dirección: (Nombre de la Calle, # de Apaii.)	Ciudad, Estado	Código de Area:
Telefono del Hogar: ()	Celular o telefono de Mensaje: ()	Otro numero de Telefono: ()

INFORMACION DE LOS PADRES/TUTORES DEL NINO

(Si es menor de 26 años de edad y esta cubierto por el seguro de sus padres, información es necesaria)

Nombre de! Padre:	Numero de Telefono: ()	Correo Electrónico:
Fecha de Nacimiento del Padre:	Numero de SS del Padre:	
Dirección del Padre: (Nombre de la Calle, # de apart.)	Ciudad, Estado, Código de area	Nombre de! Seguro de! Padre:
Empleador de! Padre:	Dirección del Empleador:	Ciudad, Estado, Código de Area:
Numero de Telefono de! Empleador: ()		

Nombre de la Madre:	Numero de Telefono:	Correo Electrónico:
Fecha de Nacimiento de la Madre:	Numero de SS de la Madre:	
Dirección de la Madre: (Nombre de la Calle, # Apart)	Ciudad, Estado, Código de Area	Nombre de! Seguro de la Madre:
Empleador de la Madre:	Dirección del Empleador de la Madre:	Ciudad, Estado, Código de Area:
Numero de! Empleador de la Madre: ()		

TRABAJO DEL PACIENTE

(Información de los padres arriba)

¿Esta usted empleado? o Si o No o Estudiante TC o Estudiante TP		Si esta empleado, provea nombre de! empleador:	
Dirección del Empleador: (Nombre de la Calle, # de Apart.)		Ciudad:	Estado: Código de Area:

Em pleo del Esposo(a)
(Si esta bajo la misma aseguradora)

Nombre de! Empleado de! Esposo(a):			
Dirección de! Empleado: (Nombre de la Calle, # de Apart./suite)	Ciudad	Estado:	Código de Area:

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE:	Número de Telefono: ()	Relacion:	
DIRECCION: (Nombre de la Calle, #Apart./Suite)	Ciudad:	Estado:	Código de Area:

SEGURO DEL PACIENTE

Nombre del Segura:	Número de Poliza:	Grupo #
Poseedor de la Poliza:	Fecha de Nacimiento de! Poseedor de la Poliza:	Numero de! SS del Poseedor de la Poliza:

INFORMACION PERSONAL

(¿Es usted Veterano? o Si o No	Sin Hogar: o Si o No En caso afirmativo, (¿Cual es su situación?: o Albergue o Transitorio o Con alguien o Calle Otro <input type="radio"/>
Tamaño de Familia: _____	Ingreso Familiar: \$ _____ o Semanal o Mensual <input type="radio"/> Anual
(¿Necesita usted interprete? o Si o No	En caso afirmativo, (¿Cua! idioma habla? I Nombre y Telefono de la agencia de interpretacion
Raza: o Blanco(a)/Caucasico o Negro/Afro Americana o Otro	Etnicidad: o Hispano o No-Hispano

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Autorización para Cuidado y Cesión: Por la presente autorizo a Community Health Net a obtener historial, realizar examen físico, administrar el tratamiento y realizar los procedimientos clínicos que sean necesarios para mí o menor/nifio(a) y proporcionar la información para la tramitación de reclamaciones con cargo asignado a Community Health Net.

Yo doy a las siguientes personas (además de mí mismo) mi consentimiento/permiso para recibir tratamiento para mi hijo(a) menor de edad en Community Health Net. Este permiso permite a Community Health Net obtener un historial, examinar al nifio, administrar el tratamiento y realizar procedimientos clínicos cuando el nifio(a) es llevado por la enfermedad, salud, chequeos de rutina y la vacunas al menos que se indique lo contrario. Debe ser 18 años o más para traer

Madre/Tutor Legal: _____ **Relacion** con el Paciente: _____ Telefono: _____

Padre/Tutor Legal: _____ Relacion con el Paciente: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion con el Paciente: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ **Relacion** con el Paciente: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ —Relacion con el Paciente: _____ Telefono: _____

_____ Fecha: _____ Relación con el Paciente: _____

Firma del Paciente, del Padre/Tutor Legal

Responsabilidades del Paciente

"Bienvenidos a Community Health Net. Estamos encantados de ser su socio en la salud."

Como paciente de Community Health Net, es su responsabilidad:

- Participar activamente en su salud, siendo responsable de las decisiones diarias que afectan su salud general.
- Dar a su profesional de la salud hechos verdicos y exactos con respecto a su situacion de salud, incluyendo nuevas preocupaciones, historial medico, visitas recientes a la sala de emergencia, hospitalizaciones pasadas o recientes, informaci6n con respecto a medicamentos ambos farmacos y artkulos contrarios, tales como; hierbas, vitamina s, tratamientos holfsticos, y las drogas no recetadas.
- Proporcionar actualizaci6n en los siguientes cambios: su condici6n medica, direcci6n, numero de telefono, seguro medico, cambio de nombre, etc. algun cambio ocurrido entre la ultima visita y la presente.
- Cumplir con las instrucciones segun ordenadas por su proveedor de la salud acerca del uso apropiado de medicinas, visitas de regreso requeridas y otras medidas para su plan de tratamiento. Si surge un problema que prohíbe las ordenes a seguir por su proveedor de salud, es su responsabilidad notificar a su proveedor de cuidado medico.
- Hacer preguntas necesarias para asegurar una comprension clara de su condici6n de salud.
- Mostrar respeto a todos los proveedores de la Red de Salud Comunitaria y a su personal, de manera amable y cortés. Evitar language inapropiado u/o algun tipo de representaci6n exterior de c61era verbal o ffsica. Todo el personal esta aqui para ayuda r, no para crear obstaculos a su atenci6n medica.
- Ser considerado con la privacidad y la confidencialidad de otros pacientes en la sala de espera y en los cuartos de examen.
- Ser respetuoso y considerado con otros pacientes, limitando el ruido excesivo, manteniendo a niilos bajo control, y el respeto a la propiedad y el espacio personal de otras personas.
- Mantener la cita segun lo establecido, notificar a Community Health Net 24 horas antes, en caso de n-o poder cumplir con su cita. Estaremos encantados de trabajar con usted para cambiar su cita y asi acomodar sus necesidades.
- Ser responsable de los pages a tiempo de todos los servicios prestados por Community Health Net. Si esto no es posible, comuníquese con el Departamento de Facturas para hacer los arreglos financieros alternatives.

Nombre

Fecha

Testigo

Fecha



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACION

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Doy consentimiento al tratamiento provisto por Community Health Net. Ademas yo autorizo a Community Health Net a liberar toda la informaci6n sobre mi historial medico, tratamiento, sfntomas, resultados de exámenes y/o el diagn6stico necesario para el tramite y facturaci6n de mi cuenta y la comunicaci6n entre los medicos y profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento.

Firma: _____

Fecha: _____

ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Nuestra oficina le hace la petici6n de que usted lea su p61iza de seguro, para que asi sea usted plenamente consiente de las limitaciones de los servicios que ofrece. Debe tener en cuenta que el acuerdo es entre su aseguradora y usted. Con mucho gusto le ayudaremos, pero es su responsabilidad el saber las limitaciones de su p61iza. Al firmar a continuaci6n, usted estara en acuerdo que cualquier beneficio prestado por Community Health Net, deben ser pagados directamente a Community Health Net. Los cargos efectuados despues del reembolso de su p61iza, sera su responsabilidad financiera.

He lefdo lo anterior y entiendo mi obligaci6n financiera. Estoy de acuerdo a estar legalmente sometido a lo anterior mencionado y por lo tanto autorfzo el pago de los beneficios medicos/dentales de La Red de la Comunidad por los servicios prestados.

Firma: _____

Fecha: _____

Practica de Privacidad aviso de Reconocimiento



Entiendo que en Community Health Net le es obligatorio por el Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 ("HIPAA"), a mantener la privacidad de mi información protegida de la salud y darme este aviso sobre sus responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica acerca de mí.

Mi firma abajo indica que Community Health Net me ha proporcionado con la notificación de la Práctica de Privacidad, HIPAA la cual cumple con su responsabilidad legal. Además, con *mi* firma declaro que he leído, entendido y estoy de acuerdo con este aviso que describe cómo la información sobre mí podría ser utilizada y divulgada y cómo yo puedo tener acceso a esta información.

Entiendo que Community Health Net no tomará represalias en mí contra por presentar una queja, tampoco presentar una queja afectará o cambiará la calidad de cuidado que recibo.

Nombre del Paciente _____

Relación con el Paciente _____

Firma _____

Fecha _____

Solo Para Uso Interno / Office Use Only

Intente obtener la firma del paciente, en reconocimiento de esta forma, pero fue incapaz de hacerlo, como se documenta a continuación. / I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgment of this form but was unable to do so as documented below.

Fecha/Date:	Firma/Signature:	Razon/Reason:
-------------	------------------	---------------