



# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Pacientes NUEVOS: Por favor, rellene todo el formulario, firme y feche.

ACTUALIZACIÓN ANUAL: Rellene las secciones grises (anverso del formulario), firme y feche en el reverso.

## INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo nombre: \_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Apt./Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono particular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Método de comunicación preferido:  Voz  Texto  Ambos

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su Seguro médico principal?

Ninguno/Sin seguro  Medicaid  Seguro privado  Medicare  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su Seguro dental?

Ninguno/Sin seguro  Medicaid  Seguro privado  Medicare  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_

## PARTE RESPONSABLE (¿Quién es responsable del pago de los servicios?)

Nombre de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Es estudiante de tiempo completo?  Sí  No

**INGRESOS DEL HOGAR:** Falls Community Health recibe una subvención federal que nos permite proporcionar tarifas con descuento a los pacientes que califican en función de los ingresos y el tamaño de su hogar. Estamos obligados a recopilar información sobre los ingresos de los pacientes a los que atendemos. Respetamos que esta información sea personal y confidencial.

*Si sus ingresos son inferiores a los ingresos identificados en la tabla para el tamaño de su hogar, consulte sobre nuestro programa de tarifas ajustables.*

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles son los ingresos anuales totales de su HOGAR? \$ \_\_\_\_\_

Tamaño del hogar	Ingreso Anual menor o igual a
1	\$29,615
2	\$39,440
3	\$49,720
4	\$60,000
5	\$70,280
6	\$80,560
7	\$90,840

## ¿Cuál es su situación actual de vivienda?

Tengo alojamiento

No tengo vivienda, vivo en:

Refugio  Calle  Vivienda compartida

Hogar de transición  Otro: \_\_\_\_\_

**Rellene y firm el reverso del formulario** →

¿Cuál es su sexo asignado al nacer?

- Hombre  Mujer

¿Cuál es su identidad de género?

- Hombre  Transgénero hombre a mujer  
 Mujer  Transgénero mujer a hombre  
 Elijo no revelar información

¿Cuáles son sus pronombres?

- Él/Suyo  Ellos/Sus  
 Ella/Suya  Otro: \_\_\_\_\_  
 No corresponde

¿Cuál es su orientación sexual?

- Heterosexual  Homosexual  
 Bisexual  No sé  
 Otro  Desconocido  
 Elijo no revelar información

¿Cuál es su idioma preferido?:

- Inglés  Otro: \_\_\_\_\_

Origen étnico:

- Hispano o latino  No hispano o latino

Raza (marque todas las opciones que correspondan):

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o afroestadounidense  
 Blanco o caucásico  
 Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico  
 Otros: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado civil?

- Soltero/a/e  Pareja de vida  
 Casado/a/e  Divorciado/a/e  
 Separado/a/e  Viuda/o/e

Usted es:  migrante  Trabajador/a/e estacional

¿Es veterano/a/e?  Sí  No

---

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL PAGADOR

Acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos relacionados con los servicios prestados por Falls Community Health (FCH). Además, si un proveedor que no sea FCH me proporciona servicios de atención médica, mientras soy un/a/e paciente dentro de FCH, soy financieramente responsable de todos los cargos relacionados con los servicios prestados por dicho proveedor. Los estados de cuenta de FCH no incluirán cargos de proveedores de atención médica independientes de FCH. Acepto que FCH facturará y proporcionará la información médica necesaria a cualquier Pagador. Los "pagadores" son cualquier seguro de atención médica, plan de salud privado o gubernamental, o póliza de seguro que tenga u otro tercero que pagará los cargos en los que he incurrido. Doy mi autorización para que FCH presente una solicitud de reclamo para el pago directo de beneficios a FCH.

### Consentimiento para el tratamiento

Otorgo mi consentimiento para los exámenes, el tratamiento, las pruebas diagnósticas y los medicamentos que cualquier proveedor de FCH considere necesarios para mi salud o la de mi hijo.

Reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía y soy consciente de que tengo derecho a hacer preguntas a mi proveedor o al personal de enfermería sobre el tratamiento o examen. Algunos servicios pueden implicar el uso de equipos de telemedicina y la interacción con proveedores que no están físicamente en el centro. Estas sesiones se transmiten en línea, a alta velocidad, de manera segura y resguardada; no se graban en video, no se puede acceder a ellas a través de Internet ni se guardan de ninguna manera.

Autorizo a FCH a divulgar la información confidencial solo para tratamiento, pagos u operaciones de atención médica.

### Consentimiento para obtener el historial de medicamentos recetados externos

Otorgo mi consentimiento para proporcionar a FCH acceso y uso de mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Comprendo que mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores médicos, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia puede ser visto por mis proveedores y personal aquí, y puede incluir recetas que datan de varios años atrás. Reconozco que FCH puede usar el sistema de intercambio de información médica para transmitir, recibir o acceder electrónicamente a mi historial de medicamentos recetados.

**Reclamación del paciente** Los formularios de consulta/preocupación del paciente están disponibles en las salas de espera o a solicitud.

**Aviso de prácticas de privacidad** Se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta misma oficina.

---

**Autorización:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o agente autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si el paciente no firma)