



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: _____
MM DD AAAA

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: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

¿Cuál es su Seguro dental?

☐ Ninguno/Sin seguro ☐ Medicaid ☐ Seguro privado ☐ Medicare ☐ Otro: _____

Nombre de la persona asegurada: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

INGRESOS DEL HOGAR

Tamaño del hogar	Ingreso Anual menor o igual a
1	\$31,920
2	\$43,280
3	\$54,640
4	\$66,000
5	\$77,360
6	\$88,720

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.

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuáles son los ingresos anuales totales de su HOGAR? \$ _____

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

¿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**¿Es veterano/a/e?:**☐ Sí ☐ No**¿Es usted:**

Trabajador migrante (residencia temporal)

☐ Sí ☐ No

Trabajador estacional (sin residencia temporal)

☐ Sí ☐ No**¿Cuál es su idioma preferido?**☐ Inglés ☐ Otro: _____**Origen étnico:**☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino☐ Chicano ☐ Cubano☐ Mexicano-estadounidense ☐ Puertorriqueño**Raza:**☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska☐ Indoasiático☐ Negro o afroestadounidense☐ Chino☐ Filipino☐ Guameño o chamorro☐ Japonés☐ Coreano☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico☐ Samoano☐ Vietnamita☐ Blanco☐ Elijo no revelar la información**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.

Autorizo a Falls Community Health a realizar grabaciones de audio de mis visitas con proveedores de atención médica en el consultorio. Tales grabaciones se utilizarán por el consultorio para fines de tratamiento y operaciones utilizando tecnología de IA. Las grabaciones pueden compartirse con socios comerciales para la resolución de problemas y la mejora de productos. Las grabaciones se conservarán durante un período limitado para fines de validación antes de que se destruyan.

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

Parte Responsable (si el paciente no firma):

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de Seguro Social: _____
mm dd aaaa