



Health Record #
(For office use only)

Hunter Health Formulario de Registro del Paciente

INFORMACION DEL PACIENTE:				
*Nombre Legal: _____				
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre Preferido	
<i>*Por favor tenga en consideración que el nombre y el sexo que tiene enlistado en su seguro médico debe ser usado en sus documentos que tengan que ver con su seguro médico, en sus cuentas y en su correspondencia. Si usted tiene preferencia en su nombre, por favor déjenos saber.</i>				
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Es usted Veterano: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Centro de servicio:	
Dirección:		Po Box:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	# Teléfono (casa):	# Celular:
Ocupación: : _____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		Empleador:		# Teléfono (trabajo):
DATOS DEMOGRAFICOS:				
Estado Marital: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro: _____			Necesita un traductor: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido				
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano Tribu: _____				
<input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			**Orientación sexual: (Por Favor Marque Uno) <input type="checkbox"/> Heterosexual (No Homosexual o Lesbiana) <input type="checkbox"/> Homosexual o Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo diferente <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Decido No Revelar	
**Identidad de Género: (Por Favor Marque Uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Femenino a Masculino) <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Masculino a Femenino) <input type="checkbox"/> Decido No Revelar <input type="checkbox"/> Otro				

****Su orientación sexual y su identidad de género pueden jugar un rol importante en determinar sus resultados de salud. Por favor, acérquese a nuestro mostrador y déjenos saber si tiene alguna pregunta sobre como declarar esta información.**



**HUNTER
HEALTH**

Health Record #
(For office use only)

Acceso a Internet: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Donde :		Correo Electrónico:	
¿Tenemos autorización de enviar información de salud en general a tu correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Método de comunicación preferida: <input type="checkbox"/> No contactarme <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Teléfono					
SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS:					
Tutor Legal:			Relación al Paciente:		
Nombre del Padre:		Empleador del Padre:		Número de Teléfono:	
Nombre de Soltera de la Madre:		Empleador de la Madre:		Número de Teléfono:	
INFORMACION DE INGRESOS:					
Número de personas viviendo en casa: _____		Ingreso Total de la familia: _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal			
SEGURO MEDICO					
Tipo de Seguro Médico: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado <input type="checkbox"/> Ninguno					
Compañía de Seguro Médico:			Número de Identificación:		
Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento del Suscriptor:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
EN CASO DE EMERGENCIA					
Contacto de Emergencia:		Apellido:		Primer Nombre: Segundo Nombre:	
Dirección:			Relación con el Paciente:		
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	# Teléfono (casa):	# Celular:
Familiar más cercano					
Nombre del Pariente:		Apellido:		Primer Nombre: Segundo Nombre:	
Dirección:			Relación con el Paciente:		
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	# Teléfono (casa)	# Celular:

Favor de traer lo siguiente para su cita:

- ___ Identificación (Cualquier ID que tenga su nombre y su foto)
- ___ Prueba de ingresos (Talón de cheques o carta del patrón si es que no recibe talón de cheques)
- ___ Tarjeta de Seguro Médico (si aplica)
- ___ Verificación o Identificación de tribu (si aplica)
- ___ Otro: _____



Health Record #
(For office use only)

Hunter Health

PERMISO PARA REVELAR INFORMACION CONFIDENCIAL & Reconocimiento del Aviso de Practica de Privacidad recibido

Yo autorizo a Hunter Health Clinic, Inc. a usar y revelar información médica y de salud de

(Nombre)

(Fecha de Nacimiento)

(Dirección)

(# Teléfono)

Para los siguientes propósitos:

- **Tratamiento** (Incluye lo realizado por un médico u otro proveedor de salud que le brinda atención directamente, coordinación o manejo de su cuidado con terceras personas, y consultas con y entre médicos y otros proveedores de salud.)
- **Operaciones de cuidado de su salud** (Incluye las funciones administrativas y de negocio necesarias de su proveedor de salud.)
- **Otros** (Enliste familia, amigos, etc., a los cuales desea darle acceso a su información privada respecto a su salud.):

Usted puede revisar nuestro “**Aviso de Practica de Privacidad**” para información adicional acerca del uso y la revelación de información descrita en el CONSENTIMIENTO antes de firmar el CONSENTIMIENTO.

Al firmar abajo, usted está verificando que ha recibido una copia del Aviso de Practica de Privacidad de Hunter Health Clinic.

Usted tiene el derecho de revocar este CONSENTIMIENTO una vez que entregue su revocación en escrito, a menos de que su información ya haya sido usada o revelada con la protección de dicho CONSENTIMIENTO.

Firma del paciente/ Representante del paciente

Fecha

Relación con el Paciente



Health Record #
(For office use only)

Autorización

Hunter Health se dedica a ofrecer atención primaria, servicios dentales, y salud de comportamiento. Porque el bienestar incluye el cuerpo y la mente. Nuestro equipo de proveedores trabajan juntos para ofrecerle el mejor cuidado médico. Sus proveedores pueden incluir otros especialistas como parte de su equipo de cuidado. Miembros de su equipo de salud colaboraran y compartirán información clínica para asegurar la continuidad de atención.

Entiendo que si tengo 16 años o más, yo puedo consentir para ciertos tipos de cuidados médicos incluyendo servicios de salud mental; si tengo 18 años o más puedo consentir para todos tipos de servicios médicos; a lo contrario mi padre o guardián legal tendrá que dar su consentimiento para servicios. Al firmar esta forma (padre o guardián legal) yo acepto que he leído o me han leído o explicado, y que entiendo y que si he tenido algunas preguntas han sido contestadas. Entiendo que acepto dar información verdadera.

Yo, _____, pido, acepto, y doy consentimiento para evaluación y tratamiento para yo mismo y/o mi(s) hijo(s) como se establece arriba, incluyendo cualquier evaluación diagnóstica, intervenciones de tratamiento y/o procedimientos que el personal profesional de Hunter Health decida son necesarios o apropiados. Si lo estoy firmando come padre o guardián legal, represento y garantizo que estoy legalmente facultando y tengo derecho a tomar estas decisiones.

Asignación de Beneficios

Solicito que los pagos de beneficios autorizados se hagan en mi nombre dirigidos a Hunter Health, por cualquier servicio prestado al paciente enlistado en la parte superior por un Médico de Hunter Health o cualquiera de sus Proveedores de Salud, y asigno mi derecho de recibir estos pagos a Hunter Health. Autorizo a Hunter Health presentar una apelación en mi nombre por cualquier negación de pago y/o determinación adversa de beneficios relacionados a los servicios y cuidados proveídos. Si mi plan de Seguro Médico no dirige los pagos a Hunter Health yo acepto a enviar a Hunter Health todos los pagos de mi Seguro Médico, los cuales yo recibo por los servicios prestados por Hunter Health y sus proveedores de salud.

Responsabilidad del Paciente

Reconozco que soy responsable por todos los cargos por los servicios prestados al paciente listado en la parte superior, los cuales no están cubiertos por mi plan de Seguro Médico o por los cuales yo soy responsable de pago establecido por mi plan de Seguro Médico. En dado caso que Cobertura no exista en mi plan de Seguro Médico, reconozco que yo soy responsable por todos los cargos por los servicios prestados y acepto a pagar todos los cargos no cubiertos por mi Seguro Médico. También estoy de acuerdo que, si permitido por la ley, voy a reembolsar Hunter Health por todos los costos, gastos y honorarios de abogados que puedan ser solicitados por Hunter Health con el propósito de recolectar dichos cargos.

Firma

Firma del paciente/ Representante del paciente

Relación con el paciente

Fecha



Health Record #
(For office use only)