



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  Transgénero  
 Otro  Prefiero no contestar

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  En concubinato

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de preferencia:  Línea fija: \_\_\_\_\_  Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

Tenencia (si procede):  Exclusiva  Conjunta  Guarda judicial (DCS/DDD)  Tutela permanente  
 Tutela temporal  Poder

### **PARA MENORES (Marque todo lo que proceda):**

Padre/madre  Padrastro/madrastra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre/madre  Padrastro/madrastra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre/madre de acogida: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Tutor(es) legal(es): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Vínculo con el tutor legal: \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Director del hogar comunitario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **PARA TODOS LOS CLIENTES:**

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_



**OTROS CONTACTOS CLAVE:**

Funcionario de libertad condicional (si procede): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Trabajador de la DDD (si procede): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria/Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección o calles transversales: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**NECESIDADES ESPECIALES:**

- Ayuda para la movilidad     Ayuda por deficiencia visual     Ayuda por deficiencia auditiva  
 Ayuda por deficiencia cognitiva     Intérprete - Idioma: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO: (Presente su(s) tarjeta(s) de seguro al personal de recepción)**

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

(Solo si el paciente es menor de edad y NO el beneficiario) N.º de Seguro Social (Obligatorio):

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Aseguradora principal: \_\_\_\_\_ Beneficiario:  Sí  No

ID de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nac. del beneficiario: \_\_\_\_\_

Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social del beneficiario:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Aseguradora secundaria: \_\_\_\_\_ Beneficiario:  Sí  No

ID de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nac. del beneficiario: \_\_\_\_\_

Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social del beneficiario:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**INGRESOS DEL HOGAR:**

Cantidad de personas que viven en el hogar del paciente: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales del hogar: \$ \_\_\_\_\_ (o) Ingresos anuales del hogar: \$ \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_



Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Situación laboral: \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO:**

Prefiero que se pongan en contacto conmigo por  Correo postal  Teléfono  Portal para pacientes (solo PCP - Dirección de e-mail obligatoria)

***SOLO PARA PACIENTES CON PCP:***

¿Quiere acceder a su información médica en línea a través de nuestro portal para pacientes?

Sí  No

**INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PACIENTE:**

Raza:  Indígena estadounidense o nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawái

Otros habitantes de las islas del Pacífico  Blanco  Negro o afroamericano

Más de una raza  Elijo no identificarla

Origen étnico:  Hispano o latino  No hispano o latino

¿Es usted veterano?  Sí  No

¿Vive en una vivienda pública?  Sí  No

¿Es usted un indigente?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", vive en:  Vivienda compartida  Refugio  En la calle  Tradicional  
 Otra opción

Orientación sexual:  Heterosexual (no lesbiana ni gay)  Lesbiana o gay  Bisexual  Otra opción

Prefiero no responder  No procede (Paciente menor a 18 años)

¿Preferencias religiosas o espirituales?  Sí  No Tipo: \_\_\_\_\_

Consideraciones culturales que es necesario que conozcamos: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de la existencia de nuestra organización (radio, periódico, amigo, recomendación de la agencia, etc.)? \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO Y CONFIRMACIÓN:**

La información mencionada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender. Por la presente y de forma voluntaria doy mi consentimiento para recibir tratamiento y atención por parte de Horizon Health and Wellness (HHW). Entiendo que HHW es una clínica de atención integrada y que mi tratamiento y cuidados pueden incluir atención de rutina, análisis de laboratorio y una variedad de otros servicios considerados necesarios desde el punto de vista médico.



Entiendo que debo avisar con 24 horas de antelación si voy a cancelar una cita. Entiendo que HHW se reserva el derecho de cancelar, dar de baja, anular la inscripción, transferir o reducir los servicios si hay una falta de contacto/participación o falta de respuesta a los esfuerzos de cooperación. Entiendo que esto no sucederá sin un aviso previo por escrito y la oportunidad de apelar dicha decisión.

Entiendo que HHW atenderá a los pacientes en el hogar, en el entorno comunitario (por ejemplo, en las escuelas), o en el consultorio, según corresponda, para la evaluación de los problemas, las necesidades y la elaboración de un plan de servicios con metas y objetivos, con el fin de resolver los problemas que yo defina. Me comprometo a cooperar con HHW y a participar en el(los) programa(s) según sea necesario. Se me ha informado por completo sobre las opciones de servicio y entiendo que participaré en la fijación y modificación de las metas de servicio y en la toma de decisiones sobre los servicios que reciba.

---

Nombre del paciente en letra de imprenta

---

Firma del paciente

---

Fecha