

APPENDIX A

Cuando se registra como paciente nuevo, le pedimos cierta información sobre usted. Esto incluye cosas como su edad, raza y dónde vive. A esto lo llamamos "información demográfica".

Recopilamos esta información para ayudar a todos los miembros de nuestra comunidad a obtener una mejor atención médica. Nos ayuda a ver si algunos grupos de personas necesitan más ayuda que otros.

Mantenemos su información privada y segura. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo lo hacemos. También le indica cómo usamos la información

No tiene que proporcionarnos esta información si no lo desea. Es su elección.

Si no completa partes del formulario de registro hoy, es posible que se lo pidamos más adelante. Esto es solo para asegurarnos de que tenemos información completa.

¿Tienes alguna duda?



APPENDIX A

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Género: Masculino Hembra Transgénero Otro Optó por no revelar

Sexo asignado al nacer: Masculino Hembra Intersexualida

Optó por no revelar

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Pareja domestica

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Idioma preferido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono preferido: Teléfono fijo: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Custodia (si corresponde): Único Compartida Bajo la tutela del tribunal (DCS/DDD)

Tutela Permanente Tutela temporal Poder legal

PARA MENORES DE EDAD (Marque todo lo que corresponda):

Padre Padrastra o madrastra: _____ Teléfono: _____

Padre Padrastra o madrastra: _____ Teléfono: _____

Padre(s) adoptivos: _____ Teléfono: _____

Tutor(es) legal(es): _____ Teléfono: _____

Relación con el tutor legal: _____ Idioma preferido: _____

Gerente de Hogar de Grupo: _____ Teléfono: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Teléfono: _____

PARA TODOS LOS CLIENTES:

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Relación: _____



OTROS CONTACTOS CLAVE:

Oficial de libertad condicional (si corresponde): _____ Teléfono: _____

Trabajador de DDD (si corresponde): _____ Teléfono: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Número de fax: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección o cruce de calles: _____ Número de fax: _____

NECESIDADES ESPECIALES:

Movilidad Discapacidad visual Discapacidad auditiva Deterioro cognitivo
 Intérprete – Idioma: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (Por favor, presente su(s) tarjeta(s) de seguro al personal de la oficina principal)

Nombre de la persona responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Solo si el Paciente es menor de edad y NO es el Suscriptor) SSN (obligatorio) _____

Compañía de Seguro Primaria: _____ Suscriptor: Sí No

ID de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ SSN del suscriptor _____

Compañía de Seguros Secundaria: _____ Suscriptor: Sí No

ID de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ SSN del suscriptor _____

INGRESOS DEL HOGAR:

Número de personas en el hogar del paciente: _____

Ingreso mensual del hogar: \$ _____ (O bien) Ingreso anual del hogar: \$ _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono del trabajo: _____

Situación laboral: _____



MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO:

Prefiero ser contactado por: Correo Teléfono Portal del paciente (solo PCP - se requiere dirección de correo electrónico)

SOLO PACIENTES DE PCP -

¿Desea acceder a su información médica en línea a través de nuestro portal del paciente? Sí No

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL PACIENTE:

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Asiático Otro isleño pacífico Hawiano nativo
 Blanco afroamericano Más de una raza Elija no revelar Origen étnico
 Hispano o latino No hispano o latino Eligió no revelar

Eres un veterano? Sí No ¿Vives en una vivienda pública? Si No

Eres una persona sin hogar? Si No En case afirmativo: Refugio Calle Tradicional Otra

Orientación sexual: Heterosexual (no lesbianas ni gays) Lesbiana o gay Bisexual Algo más

Optó por no revelar No aplica (Paciente menor de 18 años)

¿Preferencias religiosas o espirituales? Sí No Tipo: _____

Consideraciones culturales a conocer: _____

¿Cómo se enteró de nosotros (radio, periódico, amigo, referencia de agencia, etc.)? _____

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO:

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento y la atención de Horizon Health and Wellness (HHW). Entiendo que HHW es una clínica de atención integrada y que mi tratamiento y atención pueden incluir atención de rutina, pruebas de laboratorio y una variedad de otros servicios considerados médicamente necesarios.

Entiendo que debo notificar con 24 horas de anticipación las citas canceladas. Entiendo que HHW se reserva el derecho de terminar, descargar, desafiliar, transferir y/o reducir los servicios si hay una falta de contacto/participación y/o falta de respuesta a los esfuerzos de participación. Entiendo que esto no ocurriría sin una notificación previa 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, escuelas) y/o en la oficina, según corresponda, para evaluar problemas, necesidades y desarrollar un plan de servicios con metas y objetivos, con el objetivo de resolver los problemas que yo defino. Estoy de acuerdo en cooperar con HHW y participar en los programas según sea necesario. He sido completamente informado sobre las opciones de servicio y entiendo que estaré involucrado en el establecimiento y modificación de los objetivos de servicio y en la toma de decisiones sobre los servicios que recibo.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente

Fecha