

# Forma de Registro del Paciente



Family Medicine Health Center (FMHC) es un centro de salud federalmente calificado y recibe fondos federales de conformidad con la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública. Estamos obligados a recopilar información sobre la edad, el género, la raza, la orientación sexual, el ingreso y tamaño de la familia únicamente con fines estadísticos. No hay información individual que se presentó.

FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	M.I.:	Estado	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)
			Civil: (Elige Uno) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			

Dirección:	Número de Seguro Social
------------	-------------------------

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:
---------	---------	----------------	-------------------	-----------------

Correo Electrónico (E-Mail):	Empleador:	Teléfono del Trabajo:
------------------------------	------------	-----------------------

Contacto para Llamadas de Recordatorio y Otros Mensajes Generados Electrónicamente: (Elige Uno)	<input type="checkbox"/> Texto	<input type="checkbox"/> Voz (Seleccionar número preferido: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo)
---	--------------------------------	---

Raza: (Elige Uno)	Etnicidad: (Elige Uno)	Fecha de Nacimiento:	Identidad de Género:	Orientación Sexual:	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco / caucásico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar	<input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Se Negó a Reportar	/ / MES / DÍA / AÑO EDAD: Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino: Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino: Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Decide no Anotar	<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> No lo Sé <input type="checkbox"/> Decide no Anotar

Estado de Veterano: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No-Veterano	Idioma preferido:
--	-------------------

Tamaño de la Familia (incluido usted):	Ingreso Anual del Hogar:	Estado de Vivienda:
--	--------------------------	---------------------

Trabajadores Agrícola: Alguien de su familia ha trabajado en la agricultura (campos, huertas, etc.) en los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es que sí, esa persona trabajó por menos de 12 meses al año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es que sí, esa persona tenía que mover de un lugar a otro para el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Hay alguien en su hogar que se ha retirado de trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dueño (a) <input type="checkbox"/> Alquilar (rentar) <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Transicional
---	--

**Para cada declaración, dígame si la declaración fue "a menudo cierta, a veces cierta o nunca verdadera" para su hogar:**

A. "En los últimos 12 meses nos preocupaba que nuestra comida se terminara antes de que tuviéramos dinero para comprar más".  
 ① Frecuentemente cierto ②. A veces cierto ③ nunca cierto ④ no lo sé, o niego responder

B. En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos se nos terminaba y no teníamos dinero para obtener más".  
 ① Frecuentemente cierto ②. A veces cierto ③ nunca cierto ④ no lo sé, o niego responder

## PERSONA RESPONSABLE

Persona Responsable:	Fecha de Nacimiento	Dirección (si es diferente):	Teléfono de Casa:
----------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador:	Teléfono del empleador:
------------	------------	--------------------------	-------------------------

¿Es esta persona un paciente en FMHC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Este paciente está cubierto por un seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--

## INFORMACIÓN DEL SEGURO (Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Nombre del Seguro Primario: <input type="checkbox"/> IPN <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Blue Shield <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro:
---

Seguro Médico Primario			Seguro Médico Secundario		
Nombre del Suscriptor:	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del Suscriptor:	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:

Relación del Paciente al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro	Relación del Paciente al Suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo Miso <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro
--	---

## EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Amigo o Pariente Local:(no vive en la misma dirección)	Relación con el Paciente:	Número de Teléfono:	Número de teléfono alternativo:
---	---------------------------	---------------------	---------------------------------

## AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo FMHC facturar directamente a mi compañía de seguros y también autorizo a cualquier tercer-pagador a través del cual ya tengo los beneficios de hacer el pago directamente a FMHC. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Family Medicine Health Center o compañía de seguros de usar y revelar información de la salud con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de beneficios del seguro. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

Firma del Paciente / Guardián
 

   
 Fecha

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA | FIRMA ARCHIVADO

Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los cargos médicos incurridos en mi nombre en el Family Medicine Health Center, incluyendo los cargos que no son pagados en su totalidad por mi seguro, los beneficios del programa de gobierno, u otros terceros pagadores. También estoy de acuerdo de pagar o reembolsar a FMHC de todos los gastos en que pueda incurrir en la percepción de tales cantidades, incluyendo, pero no limitado a, honorarios de abogados y gastos de recaudación. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

Firma del Paciente
 

   
 Fecha

Si el paciente no es la persona que firma:  
 El paciente es menor de 18 años de edad y considerado menor de edad  El paciente está física o mentalmente incompetente  Otro:

Firma del Paciente/ Guardián
 

   
 Fecha

Firma del Testigo
 

   
 Fecha

## PÓLIZA DE CREDITO

**FILOSOFIA:** Es el deseo del Family Medicine Health Center (FMHC) para proporcionar servicios médicos y de salud conductual de calidad y sin barreras de acceso. Esta póliza nos guía en la provisión de acceso a la atención mientras aseguramos que colectamos suma debidas a nosotros para la prestación de servicios. Para aquellos pacientes con cobertura de seguro, vamos a facturar el seguro adecuadamente en el momento oportuno. Si usted no tiene cobertura de seguro, que son sensibles a sus limitaciones financieras y no queremos impedir el acceso a la atención que es vital para su salud. FMHC trabajará con sus pacientes sobre los planes de pago para absolver los saldos de cuentas, solo que requiere que el paciente quede enganchado en este proceso y siga los términos que se han acordado.

### PROCEDIMIENTO:

1. Vamos a solicitar el pago en el momento del servicio. Si no puede pagar el importe ajustado debido al momento de la cita, le pedimos que usted pague lo que pueda y FMHC le facturará el equilibrio.
2. Si recibe un estado de cuenta de nosotros y no puede pagar la totalidad del saldo, solicitamos que se ponga en contacto con nosotros dentro de 30 días acerca de un plan de pago satisfactorio para solucionar las cantidades debidas.
3. Si no ha realizado ningún pago en su cuenta y no han acordado un plan de pago para resolver el equilibrio dentro de 30 días, usted recibirá un aviso de que su cuenta puede ser referido a una agencia de colección exterioragency.
4. Si usted no ha intentado resolver su cuenta el pago ni comunicarse con nosotros con respecto a un plan de pago, una notificación final será enviado a su última dirección conocida que le informa que su cuenta ha sido referido a una agencia de colección exterior. En el momento de su cuenta aparece con la agencia de cobro, su historial de crédito puede verse afectada negativamente.

Es la experiencia del Family Medicine Health Center que la gran mayoría de nuestros pacientes a entender y coopera con nuestra política de crédito desde hace mucho tiempo. Family Medicine Health Center está revelando nuestra política a usted ahora, para que podamos evitar cualquier malentendido en el futuro. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído, entiende y acepta cumplir con esta política de crédito.

X

Firma del Paciente / Guardián

X

Fecha

## CITA PERDIDA O PÓLIZA DE NO PRESENTARSE A LA CITA

Esta póliza nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica. Horario de oficina es valioso y cuando los pacientes pierden una cita sin llamar para cancelar o reprogramar con un aviso adecuado no podemos ver a otros pacientes en ese intervalo de tiempo. Entendemos que a veces surgen circunstancias que hace que sea difícil llegar a una cita, por ejemplo, la falta de transporte, etc. Contamos con trabajadores sociales que pueden ayudar si surgen circunstancias especiales. Los pacientes deben llamar inmediatamente si no son capaces de asistir a una cita. Si es necesario cancelar su cita programada solicitamos que llame al menos 24 horas antes de su cita. Aunque hacemos múltiples esfuerzos para confirmar su cita, los pacientes que faltan de ir a su cita sin notificar a la oficina antes de la cita se registrará como un "No Presentarse a la Cita. Los pacientes que tienen tres (3) No-Presentarse a la Cita en seis (6) meses consecutivos no se le permitirá a re-programar citas de rutina. Los pacientes pueden hacer y llegar a las citas el mismo día o citas agudas SOLAMENTE. Las recetas continuarán siendo preparada para el llenado de la farmacia. Después de seis (6) meses de estar en el estado de la cita "mismo día", sin preocupaciones, el paciente podrá volver a pre-programar citas rutinarias.

## PÓLIZA DE LLEGAR TARDE A LA CITA

Si usted es un paciente establecido y que llegue 15 minutos o más, tarde para su cita se le puede pedir reprogramar al menos que el horario del médico todavía se puede acomodar. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen a tiempo y tendrá que ser trabajado entre ellos. Esto puede significar que tendrá una considerable espera. Si esto no es conveniente para usted, usted puede optar por cambiar la fecha. Si usted es un paciente nuevo, y llega a la hora de la cita programada y no un poco antes con tiempo para completar sus formas según las instrucciones y se tarda más de 15 minutos para completar los formularios y el proceso de registro, es posible que también se le pedirá que reprogramar su cita. Le pedimos que por favor sea amable de valioso tiempo y la atención de su proveedor. Los médicos, personal de oficina, así como sus compañeros de los pacientes se lo agradecerán.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, PÓLIZA DE NO PRESENTAR A LA CITA, Y EL PROCEDIMIENTO DE QUEJA FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

- El **Aviso de Prácticas de Privacidad** del Family Medicine Health Center describe cómo la información médica del paciente puede ser usada y divulgada y describe sus derechos con respecto a esta información protegida..
- El **Póliza de No Presentar a la Cita** del Family Medicine Health Center describe el número de veces que un paciente puede que no se presenta a su cita antes de que ocurra la terminación.
- **Procedimiento de Queja** del Family Medicine Health Center permite a los pacientes a presentar una queja con respecto a su tratamiento médico, las prácticas de facturación FMHC o las políticas generales de funcionamiento de FMHC. Los pacientes pueden presentar quejas por escrito.

Su firma indica que usted ha leído, entiendo y reconozco Aviso de Prácticas de Privacidad, Política No Presentar a la Cita, y Procedimiento de Quejas de FMHC.

Nombre del Paciente por Escrito Legible (Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)

Fecha de Nacimiento

X

Firma del Paciente / Guardián

X

Fecha

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

If the patient or guardian refuses to sign/complete this form, please complete this section. Date offered to patient: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ FMHC Staff Initials: \_\_\_

## NOTA: PACIENTE CON SEGURO DE MEDICARE NECESITAN FIRMAR LA PROXIMA HOJA

**Autorización de Medigap / Medicare:** Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare / Medigap hacerse ya sea para mí o en mi nombre a la Family Medicine Health Center para cualquiera de los servicios proporcionados por mi departe de FMHC. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración de la Seguridad Social y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Nombre del Beneficiario

Número de Póliza de Medicare

X

Firma del Paciente / Guardián

X

Fecha

## MEDICARE SECUNDARIA

- Medicare Secundaria Trabajo Ancianos beneficiario o cónyuge con Grupo de Empresas del Plan de Salud
- Medicare Secundaria Beneficiario de discapacitados menores de 65 años con el gran grupo del Plan de Salud (LGHP)
- Medicare Secundaria, Otros seguro de responsabilidad civil Primaria
- Medicare Secundaria, Sin-Culpa de Seguros incluyendo Auto es Primaria
- Medicare Secundaria Compensación a los Trabajadores
- Medicare Secundaria Administración de Veteranos
- Medicare Secundaria enfermedad renal terminal beneficiario en los 12 meses con un período de coordinación empresarial del plan de salud de grupo
- Medicare Secundaria Servicio de Salud Pública (PHS) o de otra agencia federal
- Medicare secundaria Pulmón Negro

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EXTERNO

**Esta forma incluye información importante acerca de cómo se proporciona la atención a los pacientes en Family Medicine Health Center ("Centro de Salud"). Los pacientes y los padres, tutores y otros representantes de los pacientes deben leer cuidadosamente esta información o pedir ayuda que alguien le lea esta forma. Al firmar esta forma usted acepta recibir atención en el Centro de Salud de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:**

1. Consentimiento. Solicito y autorizo al Centro de Salud y sus médicos, residentes, asistentes y designados a proporcionar la atención médica y el tratamiento necesario o conveniente para mí, o el paciente que identificado a continuación. Este cuidado puede incluir, pero no limitado a, radiología rutina de diagnóstico y procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos de rutina, productos biológicos y otros productos terapéuticos, y el cuidado médico y de enfermería de rutina.
2. Emergencias. Autorizo al Centro de Salud para llevar a cabo otros servicios adicionales o extendidos en situaciones de emergencia, si es necesario o conveniente con el fin de preservar la vida o la salud de mi o del paciente.
3. Riesgos y Beneficios. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que el Centro de Salud no ofrece ninguna garantía o promesa de los resultados de la atención recibida.
4. Los Cambios de Salud. Yo entiendo que es mi responsabilidad de decirle al Centro de Salud si hay algún cambio significativo en la condición físico o emocional de mi, o el paciente.
5. Pruebas. Entiendo que las muestras de fluidos del cuerpo y / o tejidos del cuerpo pueden ser retirados durante las pruebas y procedimientos. Autorizo al Centro de Salud y sus afiliados para llevar a cabo otras pruebas en estos fluidos y / o tejidos del cuerpo con el fin de avanzar en tratamiento adicional, la investigación médica y el conocimiento y / o de disponer de estos fluidos y tejidos.
6. Verificación del Medicamento. Autorizo al Centro de Salud de ponerse en contacto con proveedores de atención médica con el que yo, o el paciente, recibimos tratamiento para obtener información médica y / o registros, incluyendo pero no limitado a, farmacias comerciales (es decir, Walgreens, CVS, Costco, etc.), y registros de alcohol y otras drogas de tratamiento para la verificación de mis medicamentos y el tratamiento.
7. Enfermedades Transmisibles. Se me ha informado y entiendo que pruebas del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) / SIDA, el VHC (virus de la hepatitis C) y HBsAg (Bvirus hepatitis) se pueden realizar en mí, o el paciente, sin mi consentimiento si un profesional de la salud, empleado del establecimiento o Primera Respuesta sostiene una exposición a mi, o el paciente de, sangre u otro fluido corporal.
8. Objetos de Valor Personales. Yo entiendo que soy responsable por cualquier y todos los objetos personales de valor que traigo conmigo, o el paciente, al Centro de Salud. Yo libero el Centro de Salud y sus agentes de toda responsabilidad por la pérdida o daño de cualquier y todos los elementos personales que elijo para mantener conmigo durante mi cuidado y tratamiento o del paciente.
9. Programa de Residencia. El Centro de Salud es operado por la Family Medicine Residency of Idaho. Los pacientes del Centro de Salud son atendidos por un equipo médico que incluye un médico, un residente y un proveedor de nivel medio (PA, NP, y CNM). El medico y residente serán sus principales proveedores. Un residente "es un médico que ha recibido un título en medicina (MD, DO) de una escuela médica acreditada y que practica la medicina bajo la supervisión de un médico con licencia, por lo general en un hospital o clínica". Doy mi consentimiento para un residente y estudiante involucrado en mi, o, en el cuidado del paciente.
10. Reconocimiento de Prácticas de Privacidad. Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud proporciona información acerca de cómo la información de salud protegidas sobre el paciente se

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EXTERNO

utiliza o revela para fines de tratamiento, pago u operaciones del Centro de Salud. Información sobre enfermedades e infecciones transmisibles, incluyendo enfermedades venéreas, la tuberculosis, la hepatitis B, el complejo relacionado con el VIH (virus del SIDA) y el SIDA, información sobre alcohol y el tratamiento del abuso de drogas, los registros de tratamiento de salud mental, y los informes de abuso, abandono o negligencia puede ser utilizada y revelada bajo determinadas circunstancias. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que los términos del Aviso de Privacidad pueden cambiar y que puedo solicitar una copia actualizada del Centro de Salud en cualquier momento.

11. Política de Asistencia. Una copia de la Política de Asistencia del Centro de Salud ha puesta a mi disposición. Yo entiendo que es mi responsabilidad y de el paciente saber fechas de citas y horarios y comprendo que los servicios pueden interrumpirse en caso de que yo, o el paciente, no asisten a las citas programadas.
12. Terminar Tratamiento. Yo entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en el Centro de Salud en cualquier momento que decido hacerlo.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA FORMA (O LO HAN LEÍDO), HACER PREGUNTAS, Y TENER ESTAS PREGUNTAS CONTESTADAS.

---

Firma del Paciente/Guardián

---

Fecha

## **AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, RESPONSABILIDAD FINANCIERA, PÓLIZA DE CREDITO**

AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS. La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo FMHC facturar directamente a mi compañía de seguros y también autorizo a cualquier tercer-pagador a través del cual ya tengo los beneficios de hacer el pago directamente a FMHC. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Family Medicine Health Center o compañía de seguros de usar y revelar información de la salud con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de beneficios del seguro. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA. Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los cargos médicos incurridos en mi nombre en el Family Medicine Health Center, incluyendo los cargos que no son pagados en su totalidad por mi seguro, los beneficios del programa de gobierno, u otros terceros pagadores. También estoy de acuerdo de pagar o reembolsar a FMHC de todos los gastos en que pueda incurrir en la percepción de tales cantidades, incluyendo, pero no limitado a, honorarios de abogados y gastos de recaudación. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

### **PÓLIZA DE CREDITO**

FILOSOFÍA: Es el deseo del Family Medicine Health Center (FMHC) para proporcionar servicios médicos y de salud conductual de calidad y sin barreras de acceso. Esta póliza nos guía en la provisión de acceso a la atención mientras asegurar que colectamos suma debidas a nosotros para la prestación de servicios. Para aquellos pacientes con cobertura de seguro, vamos a facturar el seguro adecuadamente en el momento oportuno. Si usted no tiene cobertura de seguro, que son sensibles a sus limitaciones financieras y no queremos impedir el acceso a la atención que es vital para su salud. FMHC trabajará con sus pacientes sobre los planes de pago para absolver los saldos de cuentas, solo que requiere que el paciente quede enganchado en este proceso y siga los términos que se han acordado.

### **PROCEDIMIENTO:**

1. Vamos a solicitar el pago en el momento del servicio. Si no puede pagar el importe ajustado debido al momento de la cita, le pedimos que usted pague lo que pueda y FMHC le facturará el equilibrio.
2. Si recibe un estado de cuenta de nosotros y no puede pagar la totalidad del saldo, solicitamos que se ponga en contacto con nosotros dentro de 30 días acerca de un plan de pago satisfactorio para solucionar las cantidades debidas.
3. Si no ha realizado ningún pago en su cuenta y no han acordado un plan de pago para resolver el equilibrio dentro de 30 días, usted recibirá un aviso de que su cuenta puede ser referido a una agencia de colección exterioragency.
4. Si usted no ha intentado resolver su cuenta el pago ni comunicarse con nosotros con respecto a un plan de pago, una notificación final será enviado a su última dirección conocida que le informa que su cuenta ha sido referido a una agencia de colección exterior. En el momento de su cuenta aparece con la agencia de cobro, su historial de crédito puede verse afectada negativamente.

Es la experiencia del Family Medicine Health Center que la gran mayoría de nuestros pacientes a entender y coopera con nuestra política de crédito desde hace mucho tiempo. Family Medicine Health Center está revelando nuestra política a usted ahora, para que podamos evitar cualquier malentendido en el futuro. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído, entiende y acepta cumplir con esta política de crédito.

**AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS,  
RESPONSABILIDAD FINANCIERA, PÓLIZA DE CREDITO**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Autorización de Medigap / Medicare**

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare / Medigap hacerse ya sea para mí o en mi nombre a la Family Medicine Health Center para cualquiera de los servicios proporcionados por mí departe de FMHC. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración de la Seguridad Social y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

Nuevo Formulario de Historial del Paciente

Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario. Si ha ingresado alguna de esta información en su Mychart, no necesita volverla a ingresar.

Enumere todos los problemas de salud actuales:

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

Enumere todos los medicamentos actuales con dosis y frecuencias (incluya medicamentos de venta libre y remedios naturales):

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

Enumere todas las alergias:

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

Enumere todas las cirugías y años en que ocurrieron:

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



**Historia familiar** (marque todo lo que corresponda):

Relación	Uso de alcohol / drogas	Artritis	Asma	Cancer (¿Tipo?)	Problemas del corazón	Depresión	Diabetes	Colesterol Alto	Hipertensión	Enfermedad Renal	Enfermedad Hepática	Enfermedad Mental	Accidente Cerebrovascular	Problemas de Visión	Otro _____
Madre															
Padre															
Hermana															
Hermano															
Hija															
Hijo															
Tía materna															
Tía paterna															
Tío materno															
Tío paterno															
Abuela materna															
Abuelo por parte de madre															
Abuela paterna															
Abuelo paterno															
Otro															

Soy adoptado       No conozco mi historia familiar

**Hábitos:**

**¿Fumas?**  Nunca  Anteriormente  Actual      **¿Usa tabaco sin humo o vaporizador?**  Sí  No  
 Fecha de abandono: \_\_\_\_\_ Paquete/día: \_\_\_\_\_ Años fumando: \_\_\_\_\_

**¿Bebes alcohol?**  Nunca  Anteriormente  Actual  
 ¿Con qué frecuencia usted bebe?  Menos de una vez/mes  2-4x/mes  2-3x/semana  Most days  
 Cuántas bebidas toma en un día que está bebiendo: \_\_\_\_\_

**¿Usas drogas?**  Nunca  Anteriormente  Actual      **¿Alguna vez se inyectó drogas?**  Sí  No  
 Tipo de droga(s) utilizadas:  
 Benzodicepinas  Éxtasis  Cocaína  Heroína  Marihuana  Metanfetamina  Opioides

**¿Actualmente eres sexualmente activo?**  Sí  No en este momento  Nunca  
 ¿Usas tú y tu (s) pareja (s) un método anticonceptivo?  Sí  No  
 En caso afirmativo, encierre en un círculo todos los que correspondan: Condones Parche Píldora Anillo Vaginal Inyección de Depo DIU Nexplanon Espermicida Ligadura de Trompas Vasectomía  
 ¿Qué tipos de pareja tiene?:  Varón  Femenino  Ambos

**Historial de embarazo:**  Esto no se aplica a mí  
 ¿Cuántos embarazos has tenido? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos partos? \_\_\_\_\_



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD  
PROTEGIDA PARA TERCERAS PERSONAS**

Al firmar esta autorización, yo autorizo a Family Medicine Residency of Idaho para utilizar y / o revelar cierta Información de Salud Protegida (PHI) mía a/o para el individuo indicado a continuación. Esta autorización permite a Family Medicine Residency of Idaho para usar/revelar a:

\_\_\_\_\_ (persona o entidad a recibir la información)

\_\_\_\_\_ (relacion a paciente)

\_\_\_\_\_ (Teléfono de Casa/Teléfono Móvil)

Porfavor de el motivo para esta autorización:

Yo autorizo la revelacion de la salud a raíz de identificación individual de la información (describir específicamente la información que será revelada, incluyendo cosas como la fecha (s) del servicio, el nivel de revelar los detalles, origen de la información, etc.)

Esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_. (fecha de vencimiento o evento definido)si no hay ninguna fecha, esta autorización vencerá en un año.)

Cuando mi información es utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización, pueden ser objeto de divulgación por el destinatario y puede no estar protegida por la ley federal HIPAA Regla de Privacidad. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en la medida en que Family Medicine Residency of Idaho ha actuado al amparo de esta autorización. Mi revocación escrita debe ser presentada a la Family Medicine Residency of Idaho's Privacy Officer en el 777 N. Raymond St., Boise, ID 83704.

\_\_\_\_\_ (Escriba el nombre de el paciente quien su PHI está autorizado  
Seguro Social para revelar a la tercera parte de (ICS))

\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento o # de

Firmado Por: \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_ Relación al paciente

\_\_\_\_\_ Fecha

**FOR INTERNAL USE ONLY**  
**PARA USO INTERNO**

Date Request Received \_\_\_\_\_