

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ No. de Apt \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Correo electrónico del paciente/tutor \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Método de comunicación preferido:  Teléfono  Correo electrónico (MyChart)  Correo postal Farmacia preferida:  Waco Family Medicine  
 Otra \_\_\_\_\_

**RAZA - MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA**

**IDIOMA PREFERIDO**

- INGLÉS  
 ESPAÑOL  
 DE SEÑAS / LSE  
 OTRO \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL**

- SOLTERO  
 CASADO  
 VIUDO  
 DIVORCIADO

**ETNICIDAD HISPANA O LATINA**

- ORIGEN NO HISPANO, LATINO O ESPAÑOL  
 SÍ, MEXICANO, MEXICOAMERICANO, CHICANO  
 SÍ, PUERTORRIQUEÑO  
 SÍ, CUBANO  
 SÍ, OTRO ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL  
 SIN REPORTAR / ELEGIR NO REVELAR ETNICIDAD

- BLANCA  
 CHINA  
 FILIPINA  
 JAPONESA  
 KOREANA  
 VIETNAMITA  
 INDOASIÁTICA  
 NEGRA / AFROAMERICANA  
 OTRA ASIÁTICA  
 INDOAMERICANA O NATIVA DE ALASKA  
 GUAMANIANA O CHAMORRA  
 SAMOANA  
 NATIVA DE HAWAII  
 OTRA ISLA DEL PACÍFICO

**SEXO AL NACER:**

- MASCULINO  FEMENINO

**ORIENTACIÓN SEXUAL**

- HETEROSEXUAL (NO LESBIANA O GAY)  
 LESBIANA  
 GAY  
 BISEXUAL  
 OTRO  
 NO SÉ  
 ELEGIR NO REVELAR

**IDENTIDAD DE GÉNERO**

- MASCULINO  
 HOMBRE TRANSGÉNERO/MASCULINO TRANSGÉNERO/TRANSMASCULINO  
 FEMENINO  
 MUJER TRANSGÉNERO/FEMENINO TRANSGÉNERO/TRANSFEMENINA  
 OTRO  
 ELEGIR NO REVELAR

**ESTATUS DE VETERANO**

- SERVICIO ACTIVO  
 DADO DE BAJA (VETERANO)  
 GUARDIA NACIONAL  
 RESERVAS  
 NINGUNO

**CONDICIÓN DE TRABAJO AGRÍCOLA**

- TRABAJADOR AGRÍCOLA  
MIGRATORIO  
 TRABAJADOR AGRÍCOLA  
ESTACIONAL  
 NO SOY UN TRABAJADOR  
AGRÍCOLA

**EN VIVIENDA PÚBLICA**

- SÍ  NO

**INFORMACIÓN DEL HOGAR**

¿CUÁNTAS PERSONAS HAY EN SU HOGAR INCLUYÉNDOSE USTED? \_\_\_\_\_

¿CUÁL ES SU INGRESO MENSUAL DEL HOGAR? \_\_\_\_\_

- NO TENGO INGRESOS (\$0)  
 MI INGRESO MENSUAL ES \$ \_\_\_\_\_  
 MI INGRESO ANUAL ES \$ \_\_\_\_\_

**ESTATUS SIN HOGAR**

- NO SIN HOGAR  
 HABITACIÓN COMPARTIDA (VIVE CON OTROS)  
 EN UN ALBERGUE PARA INDIGENTES  
 VIVIENDA DE TRANSICIÓN  
 EN LA CALLE  
 VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE  
(A TRAVÉS DE MHMR / CENTRO DE ABUSO FAMILIAR)

**INFORMACIÓN DEL PADRE / MADRE / TUTOR / AVAL (PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE)**

Sin cambios desde la última visita

*Los pacientes menores de 18 DEBEN tener un aval.*

PARENTESCO CON EL PACIENTE  YO MISMO  MADRE  PADRE  ABUELO  PADRE ADOPTIVO  OTRO

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN  MARQUE EN EL RECUADRO SI ES IGUAL A LA ANTERIOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO \_\_\_\_\_ # DE ID DEL SOCIO \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

¿ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA EL PACIENTE?  SÍ  NO (SI NO, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN) INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: NOMBRE \_\_\_\_\_

MASCULINO  FEMENINO FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN  MARQUE SI ES IGUAL A LA ANTERIOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL \_\_\_\_\_ # DE ID DEL SOCIO \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

¿ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA EL PACIENTE?  YES  NO (IF NO, PLEASE COMPLETE THIS SECTION)

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: NOMBRE \_\_\_\_\_  MASCULINO  FEMENINO

FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN  MARQUE SI ES IGUAL A LA ANTERIOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

**Autorización para recibir tratamiento**

Por la presente autorizo todos y cada uno de los tratamientos que mi médico de Waco Family Medicine (en adelante "WFM") y yo acordamos que sea necesario para mí o para los pacientes de los que soy tutor.

Entiendo y reconozco que WFM es un centro de enseñanza, y mi atención y/o la atención de los pacientes de los que soy tutor en WFM puede ser proporcionada por un médico, incluidos, entre otros, estudiantes de medicina y/o médicos residentes y/o dentistas residentes, en un programa de entrenamiento clínico. Además, entiendo y reconozco que los servicios de enseñanza, como la observación directa por parte de otros médicos o estudiantes de medicina, discusiones de casos o imágenes fotográficas o de video de las actividades de atención que me involucran a mí o a mis dependientes, están permitidos con fines de enseñanza, a menos que yo los niegue específicamente. Entiendo y reconozco que ciertas visitas clínicas pueden realizarse mediante servicios de telesalud (video o teléfono), durante los cuales no estaré físicamente en la misma habitación que mi médico. Entiendo que existen riesgos potenciales en el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas. Si se determina que las telecomunicaciones o la tecnología de la información no son adecuadas, mi visita de telesalud puede suspenderse o convertirse en una visita en persona.

Además, entiendo que, como parte de sus servicios de atención médica, el personal de WFM y mi médico crean y mantienen un registro de la atención y los servicios prestados. Entiendo que dicha información puede usarse y/o divulgarse en el manejo y prestación de atención y servicios proporcionados por WFM, como se describe en el aviso de la protección de la privacidad. Entiendo y reconozco que WFM participa en un programa de intercambio de registros médicos electrónicos, y que si busco tratamiento de otros centros de atención médica o proveedores que participan en este programa de intercambio, mi información de salud o la de los pacientes de los que soy tutor, pueden ser compartidos entre WFM y esas otras instalaciones o proveedores. Entiendo y reconozco que, como parte de recibir mi atención médica en Waco Family Medicine, los médicos de WFM y otro personal pueden solicitar y/o proporcionar electrónicamente registros de salud míos y/o de los pacientes de los que soy tutor, a esas instalaciones o proveedores participantes. Estos registros incluyen, entre otros, el historial de medicamentos recetados, así como información relacionada con el tratamiento de salud mental, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas, y/o pruebas/resultados y/o tratamiento del VIH (SIDA). Además, entiendo que dicha información de cualquier fuente puede convertirse en parte de los registros de salud de la parte solicitante sobre mí y/o los pacientes de los que soy tutor.

Al proporcionar mi número de teléfono celular, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto sobre las próximas citas y otras notificaciones relacionadas con mi atención médica y los servicios proporcionados por Waco Family Medicine. Entiendo que puede haber cargos por mensajes de texto o datos de mi operador de telefonía celular.

**AVISO DE LA PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD**

Por la presente entiendo que tengo derecho a solicitar una copia del Aviso de la Protección de la Privacidad de Waco Family Medicine.

**DOMINIO LIMITADO DEL IDIOMA INGLÉS**

Waco Family Medicine se enorgullece de ofrecer cierta asistencia en el idioma a sus pacientes de forma gratuita. También nos esforzamos por hacer adaptaciones razonables para sus pacientes discapacitados.

**FOTOGRAFÍA**

Doy mi consentimiento para la toma de imágenes fotográficas y/o de video con el propósito de identificación y documentación de mi atención médica.

**DECLARACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Por la presente entiendo que soy la persona principal responsable del pago de todos los cargos por los servicios prestados por Waco Family Medicine, independientemente de cualquier cobertura de seguro que pueda tener, incluidos Medicare o Medicaid, y que el pago es necesario en el momento que se requiera. También entiendo que, además de dichos cargos por los servicios, seré igualmente responsable de los costos judiciales, los honorarios de abogados, los gastos de cobro o los intereses en los que se pueda incurrir en caso de que se requieran tales acciones para obtener el pago de los servicios prestados por Waco Family Medicine. Certifico que la información financiera y del paciente proporcionada en el momento de los servicios prestados es precisa y completa.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO**

En consideración del servicio prestado, por la presente asigno y transfiero irrevocablemente a WFM todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios pagaderos por los servicios prestados por Waco Family Medicine. Por la presente autorizo e instruyo a la compañía de seguros y/o al Programa Financiero a pagar directamente a Waco Family Medicine todos los beneficios adeudados según los términos de mi póliza o pólizas. Entiendo que mi póliza de seguro/programa financiero, o su(s) agente(s) de seguros de salud, determinan la necesidad médica de los servicios/artículos que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable del pago de los servicios o artículos que solicito y recibo si mi póliza de seguro/programa financiero determina que estos servicios/artículos no son razonables y médicamente necesarios para mi atención.

**CARGOS EXTERNOS DE DIAGNÓSTICO**

Las pruebas de laboratorio para especímenes/rayos X/TC/ultrasonidos obtenidos en Waco Family Medicine y enviados a un radiólogo o a un laboratorio independiente me serán facturados directamente por ese centro independiente. También hay una tarifa de manejo de laboratorio para obtener muestras de laboratorio que se factura a través de Waco Family Medicine. Al recibir un estado de cuenta, comprendo que debo comunicarme con ese laboratorio o compañía de radiología para coordinar el pago o intercambiar información del seguro. He sido informado por escrito y verbalmente sobre esto. Entiendo que estos cargos de diagnóstico ahora son mi responsabilidad.

**FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR**

He leído este documento y lo comprendo

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE IMPRESO \_\_\_\_\_

\*Se requiere prueba de tutela legal (o puede requerirse)

Sólo para uso de la oficina

Procesado por: