

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ No. de apto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Número del 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

- BLANCA
- CHINA
- FILIPINA
- JAPONESA
- COREANA
- 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
- OTRA
- NO SÉ
- ELEGIR NO REVELAR

IDENTIDAD DE GÉNERO

- MASCULINO
- HOMBRE TRANSGÉNERO/MASCULINO TRANSGÉNERO/TRANSMASCULINO
- FEMENINO
- MUJER TRANSGÉNERO/FEMENINO TRANSGÉNERO/TRANSFEMENINA
- OTRA
- 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)

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 _____ Número 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 _____

Seguro MÉDICO PRIMARIO

NOMBRE DEL SEGURO _____ # DE IDENTIFICACIÓN DEL SOCIO _____ # DE GRUPO _____

¿ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA EL PACIENTE? SÍ NO (SI NO, POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN)

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: NOMBRE _____

MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO _____ Número del Seguro Social _____ PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

DIRECCIÓN MARQUE SI ES IGUAL A LA ANTERIOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

Seguro DENTAL PRIMARIO

NOMBRE DEL SEGURO _____ # DE IDENTIFICACIÓN DEL SOCIO _____ # DE GRUPO _____

¿ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA EL PACIENTE? SÍ NO (SI NO, POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN)

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: NOMBRE _____ MASCULINO FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO _____ Número del Seguro Social _____ PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

DIRECCIÓN MARQUE SI ES IGUAL A LA ANTERIOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

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 son necesarios para mí o para los pacientes de los que soy tutor.

Entiendo y reconozco que WFM es un centro de enseñanza y que 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, de 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 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 rechace específicamente. Entiendo y reconozco que ciertas consultas pueden realizarse mediante servicios de telesalud (video o teléfono), durante las cuales no estaré físicamente en la misma habitación que mi médico. Entiendo que existen riesgos potenciales por el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y dificultades técnicas. Si se determina que las telecomunicaciones o la tecnología de la información no son adecuadas, mi consulta virtual puede interrumpirse o cambiarse a una consulta en persona.

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

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

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS

Waco Family Medicine se enorgullece de ofrecer asistencia lingüística gratuita a sus pacientes. WFM también se esfuerza por realizar adaptaciones razonables para pacientes discapacitados.

FOTOGRAFÍA Y VIDEO

Entiendo que el personal de WFM y/o mi médico pueden solicitar que se tomen imágenes fotográficas y/o de video con el propósito de identificación y documentación de mi atención médica. También entiendo que dichas imágenes pueden utilizarse con fines educativos. Entiendo que tengo derecho a negarme a que se tomen dichas imágenes fotográficas y/o de video.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente reconozco que soy la persona principalmente responsable del pago de todos las facturas por los servicios prestados por Waco Family Medicine, independientemente de cualquier cobertura de seguro que pueda tener, incluidos Medicare o Medicaid, y que dicho pago se debe realizar cuando se lo solicite. Entiendo que se me puede cobrar por múltiples servicios proporcionados el mismo día. (Por ejemplo, WFM ofrece servicios integrados de salud conductual; esto significa que a muchos pacientes se les ofrece la oportunidad de ver a un consejero durante la misma consulta en la que ven a un médico. Esto puede resultar en facturas adicionales. Usted tiene derecho a rechazar estos servicios de consejería el mismo día). Entiendo que cualquier pago que realice que exceda los adeudos por una consulta o servicio individual se aplicará a cualquier saldo pendiente en mi cuenta de paciente y que dichos pagos en exceso no se me pueden reembolsar a menos que el saldo de mi cuenta sea de \$0. Sin más, entiendo que, además de dichos adeudos por servicios, seré responsable de los costos judiciales, honorarios de abogados, gastos de cobranza o intereses en los que se pueda incurrir si se requieren tales acciones para obtener el pago de los servicios prestados por Waco Family Medicine. Certifico que la información del paciente y financiera proporcionada en el momento de los servicios prestados es precisa y completa.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

En consideración al 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 médicos, 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.

ADEUDOS DE DIAGNÓSTICO EXTERNOS

Las pruebas de laboratorio para muestras, así como los servicios de diagnóstico por imágenes (radiografías, tomografías computarizadas y ecografías) realizados en Waco Family Medicine pueden enviarse a un laboratorio o radiólogo independiente y se me facturarán directamente desde ese centro independiente. También existe una tarifa por 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 empresa de radiología para coordinar el pago o intercambiar información del seguro. Entiendo que estos adeudos de diagnóstico son mi responsabilidad financiera.

FIRMA DEL PACIENTE /TUTOR

He leído y comprendido este documento

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

NOMBRE IMPRESO _____

*Se (PUEDE) requerir prueba de tutela legal

Uso exclusivo de la oficina
Procesado por: