

Información del paciente

Apellido		Nombre			Segundo nombre	
Dirección		Apt#	Ciudad	Estado	Código postal	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social		Dirección electrónica de paciente / tutor			
Método de comunicación preferido: <input type="radio"/> Teléfono <input type="radio"/> Correo postal <input type="radio"/> Correo electrónico (MyChart)			Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Empleador:		PACIENTE MENOR DE EDAD: Lista de todos los adultos que tienen derechos legales sobre este niño				
Teléfono del trabajo:		Nombre completo	Fecha de nacimiento	Relación con el niño	¿Vive con el niño?	
Farmacia preferida:					Sí / No	
<input type="radio"/> WFM: Central <input type="radio"/> WFM: S18th					Sí / No	
<input type="radio"/> WFM: Hillsboro <input type="radio"/> Otra:					Sí / No	

SEXO AL NACER

-
- Masculino
-
-
- Femenino

IDIOMA PREFERIDO

-
- Inglés
-
-
- Español
-
-
- Lenguaje de señas americano
-
-
- Otro

ESTADO CIVIL

-
- Soltero
-
-
- Casado
-
-
- Viudo
-
-
- Divorciado

ESTADO DE VETERANO

-
- Servicio activo
-
-
- Dado de baja (veterano)
-
-
- Guardia nacional
-
-
- Reservas
-
-
- Ninguno

CONDICIÓN DEL TRABAJADOR AGRÍCOLA

-
- Trabajador agrícola migratorio
-
-
- Trabajador agrícola de temporada
-
-
- No es trabajador agrícola

ORIENTACIÓN SEXUAL

-
- Heterosexual
-
-
- Lesbiana
-
-
- Homosexual
-
-
- Bisexual
-
-
- Algo más
-
-
- No sé
-
-
- Optar por no revelar

ETNICIDAD HISPANA O LATINA

-
- No hispano, latino ni de origen español
-
-
- Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano
-
-
- Sí, puertorriqueño
-
-
- Sí, cubano
-
-
- Sí, otro origen hispano, latino o español
-
-
- Sí, hispano, latino o de origen español, mezclado
-
-
- No se informó / eligió no revelar su etnia

RAZA (Marque todas las opciones que correspondan)

-
- Indio asiático
-
-
- Chino
-
-
- Filipino
-
-
- Japonés
-
-
- Coreano
-
-
- Vietnamita
-
-
- Otra asiática
-
-
- Hawaiano nativo
-
-
- Otra isla del Pacífico
-
-
- Guameño o chamorro
-
-
- Samoano
-
-
- Negro / Afroamericano
-
-
- Indio americano / Nativo de Alaska
-
-
- Blanco
-
-
- No se informó / Optó por no revelar su raza

IDENTIDAD DE GÉNERO

-
- Masculino
-
-
- Hombre transgénero / varón transgénero
-
-
- Femenino
-
-
- Mujer transgénero / mujer transgénero
-
-
- No aparece en la lista
-
-
- Optar por no revelar

EN VIVIENDA PÚBLICA

-
- Sí
-
-
- No

SITUACIÓN DE PERSONAS SIN HOGAR

-
- No sin hogar
-
-
- Viviendo con otras personas (compartiendo vivienda)
-
-
- En un refugio para personas sin hogar
-
-
- Vivienda de transición
-
-
- En la calle
-
-
- Vivienda de apoyo permanente
-
- (A través de MHMR / Centro de Abuso Familiar)

INFORMACIÓN DEL HOGAR

¿Cuántas personas viven en su casa, incluyéndose usted?

¿CUÁLES SON SUS INGRESOS FAMILIARES MENSUALES?

-
- No tengo ingresos (\$0)
-
-
- Mis ingresos mensuales son \$_____
-
-
- Mis ingresos anuales son \$_____

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

Los pacientes menores de 18 años DEBEN tener un aval

 RELACIÓN CON EL PACIENTE: YO MISMO MADRE PADRE ABUELO PADRE ADOPTIVO OTRO
 NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____
 DIRECCIÓN VERIFIQUE SI ES IGUAL A LA ANTERIOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
 TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____ EMPLEADOR _____

Seguro MÉDICO PRIMARIO

 NOMBRE DEL SEGURO _____ # DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO _____ # DE GRUPO _____
 ¿ES EL PACIENTE EL TITULAR DE LA PÓLIZA? SÍ NO (SI NO, POR FAVOR, COMPLETE ESTA SECCIÓN) INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: NOMBRE _____
 MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____
 DIRECCIÓN VERIFIQUE SI ES IGUAL A LA ANTERIOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

Seguro DENTAL PRIMARIO

 NOMBRE DEL SEGURO _____ # DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO _____ # DE GRUPO _____
 ¿ES EL PACIENTE EL TITULAR DE LA PÓLIZA? SÍ NO (SI NO, POR FAVOR, COMPLETE ESTA SECCIÓN) INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: NOMBRE _____
 MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____
 DIRECCIÓN VERIFIQUE SI ES IGUAL A LA ANTERIOR _____ TELÉFONO DE CASA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente, doy mi consentimiento para cualquier tratamiento que mi médico de Waco Family Medicine ("WFM") y yo consideremos necesario para mí, o para el/los paciente(s) de los que soy tutor legal.

Entiendo que WFM es un centro de enseñanza. Mi atención, y/o la atención del/de los paciente(s) de quien soy tutor/a, puede ser proporcionada por un profesional clínico, incluyendo, entre otros, estudiantes de medicina y médicos residentes en formación. Se permiten los servicios de enseñanza, como la observación directa por parte de otros profesionales clínicos o estudiantes, las discusiones de casos o las imágenes fotográficas/de video de las actividades de atención, con fines educativos, a menos que yo lo rechace expresamente. Entiendo que algunas consultas pueden realizarse mediante telesalud (video o teléfono). Reconozco los riesgos potenciales del uso de la tecnología, incluyendo interrupciones del servicio, interceptación y dificultades técnicas. Los servicios de telesalud se proporcionarán de conformidad con las leyes estatales y federales que rigen la licencia de los profesionales clínicos y la privacidad del paciente. WFM puede utilizar herramientas clínicas asistidas por tecnología para apoyar, pero no reemplazar, el juicio clínico. Si las telecomunicaciones o la tecnología no son adecuadas, mi consulta puede interrumpirse o convertirse en una consulta presencial.

Entiendo que el personal de WFM y mi profesional clínico crean y mantienen un registro de la atención y los servicios proporcionados. Dicha información puede ser utilizada o divulgada para la gestión y la prestación de la atención, según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. WFM participa en programas de intercambio electrónico de información de salud, incluyendo aquellos que operan bajo el Marco de Intercambio de Confianza y Acuerdo Común (TEFCA), para mejorar la coordinación y la seguridad del paciente. Si busco tratamiento en otros centros o proveedores de atención médica que participan en estos programas, mi información de salud, o la del/de los paciente(s) de quien soy tutor/a, puede compartirse entre WFM y dichos centros o proveedores. Estos registros pueden incluir el historial de recetas, el tratamiento de salud mental, el diagnóstico o tratamiento del consumo de sustancias y/o las pruebas/resultados de VIH, que pueden pasar a formar parte del historial médico del proveedor receptor.

Al proporcionar mi información de contacto, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de WFM a través del portal seguro para pacientes, mensajes de texto, correo electrónico u otros medios electrónicos para recordatorios de citas, resultados de pruebas y coordinación de la atención médica. Entiendo que WFM toma medidas para proteger la privacidad y que pueden aplicarse cargos por mensajes de texto o datos.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que tengo derecho a revisar y solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de WFM y de mis derechos y responsabilidades como paciente en cualquier momento.

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA Y ACCESIBILIDAD

WFM se enorgullece de ofrecer servicios de asistencia lingüística de forma gratuita y se esfuerza por brindar adaptaciones razonables a los pacientes con discapacidades.

FOTOGRAFÍA Y VIDEO

Doy mi consentimiento para la toma de imágenes fotográficas y/o de video con fines de identificación y documentación de la atención clínica. Entiendo también que dichas imágenes pueden utilizarse con fines docentes, y que tengo derecho a que se tomen dichas imágenes fotográficas y/o de video.

VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD

Para garantizar la seguridad y la privacidad del paciente, así como la correcta facturación, entiendo que WFM puede solicitar y verificar una identificación con fotografía para confirmar mi identidad o la de los pacientes de quienes soy tutor legal. Esto ayuda a garantizar la exactitud de los historiales médicos, prevenir el fraude al seguro y proteger la confidencialidad del paciente.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy el principal responsable del pago de todas las facturas por los servicios prestados por WFM, independientemente de la cobertura de seguro, incluyendo Medicare o Medicaid. El pago vence al momento de la prestación del servicio. Entiendo que se me pueden cobrar varios servicios proporcionados el mismo día. (Por ejemplo, WFM ofrece servicios integrados de salud conductual; esto significa que muchos pacientes tienen la oportunidad de consultar con un consejero durante la misma visita en la que ven a un médico. Esto puede generar facturas adicionales. Tiene derecho a rechazar estos servicios de consejería el mismo día). Entiendo que cualquier pago que realice que exceda las facturas de una consulta o servicio individual se aplicará a cualquier saldo pendiente en mi cuenta de paciente y que dichos pagos en exceso no me serán reembolsados a menos que el saldo de mi cuenta sea de \$0. Además de las facturas por servicios, puedo ser responsable de los costos judiciales, honorarios de abogados, gastos de cobranza o intereses en los que se incurra en caso de que se requieran acciones de cobranza. Certifico que toda la información del paciente y financiera proporcionada es precisa y completa.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

En consideración de los servicios prestados, cedo irrevocablemente a WFM todos los derechos, títulos e intereses sobre las prestaciones del seguro correspondientes a dichos servicios. Autorizo el pago directo a WFM y entiendo que soy responsable de las facturas no cubiertas o que mi aseguradora o programa de pago considere que no son médicamente necesarios.

FACTURAS POR DIAGNÓSTICO EXTERNO

Entiendo que las pruebas de laboratorio, las pruebas de imagen u otros servicios de diagnóstico realizados por centros externos se facturarán por separado por dichas entidades. Me pondré en contacto directamente con esos proveedores para cualquier consulta sobre facturación o seguro, y entiendo que estas facturas por servicios de diagnóstico son mi responsabilidad financiera.

CERTIFICACIÓN DE TUTELA

Si firmo en nombre de un menor o de un adulto dependiente, certifico que estoy legalmente autorizado para dar mi consentimiento para el tratamiento y notificaré a WFM cualquier cambio en esta situación.

FIRMA DEL PACIENTE /TUTOR

He leído y comprendo este documento.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR* _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE _____

* Es posible que se solicite un comprobante de tutela legal