

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y CUIDADO

Iniciales abajo



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo doy consentimiento para recibir tratamiento en HCHC. Cuando se solicite, proveeré toda la información sobre enfermedades o heridas previas, historial médico, medicamentos actuales, y registros médicos pertinentes. Yo entiendo que HCHC provee servicios sin tener en cuenta la raza, color, religión, sexo (incluyendo embarazo, identidad de género, y orientación sexual) origen nacional, edad, discapacidad o información genética.

ACUERDO FINANCIERO

Yo autorizo pagos directos a HCHC por cualquier cuidado médico recibido. Doy mi consentimiento para permitir a HCHC procesar cualquier reclamo por mí. Entiendo que soy responsable por los servicios no cubiertos por mi plan de seguro, también como los servicios prestados cuando mi seguro médico no esté vigente.

AVISO DE CONSENTIMIENTO CONSIDERADO PARA PRUEBAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Doy fe que he sido informado del código del estado de Virginia 32. 1-45.1 con respecto al análisis de sangre. En el evento que un proveedor o empleado es expuesto a mis fluidos corporales en una manera que puede transmitir enfermedades, se considera que estoy de acuerdo con la prueba del VIH y Hepatitis y a la publicación de los resultados de los exámenes a HCHC quienes cubrirán el costo de los exámenes.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He leído y entiendo los Avisos de Prácticas de Privacidad de HCHC y me han ofrecido una copia, si la deseo.

INFORMACIÓN MEDICA

HCHC participa con el programa de Monitoreo de Recetas de Virginia cual contiene información sobre recetas que me han dado de fuentes externas. Yo le doy permiso a HCHC de obtener mi registro médico para cualquier hospital relevante, practicas medicas o farmacias donde he recibido servicios para mejorar cuidado seguro del paciente. Para poder transferir mis registros de un proveedor previo el personal me proveerá con una autorización para la publicación de información de salud protegida.

CANCELACIÓN DE CITA

En caso de que necesite cancelar o reprogramar su cita, le pedimos que nos notifique con al menos 24 horas de anticipación a su cita para que podamos ayudar a otros pacientes que están esperando ser vistos. Para ayudarle a recordar futuras citas, ofrecemos un sistema automatizado de recordatorio de citas y un Portal de Pacientes en línea.

MANEJO DEL DOLOR

HCHC maneja el dolor crónico con sustancias no opiáceos y no controladas. Le ayudaremos con alternativas de manejo del dolor.

RELLENOS DE RECETAS

No espere hasta que se termine por completo su medicamento para pedir un relleno. Para rellenos de medicamentos, por favor llame a su farmacia para solicitar un relleno. Por favor, espere al menos de 2 a 3 días hábiles para que su relleno esté disponible en su farmacia.

SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Estos servicios son completamente voluntarios y no son un requisito previo para recibir cualquier otro servicio que HCHC ofrezca.

Estoy de acuerdo en que este permiso será válido hasta que se lo retiren por escrito o sea reemplazado por una fecha posterior. Una fotocopia de este acuerdo se considerará efectiva y tan valida como el original. Una copia de este formulario está disponible para mi bajo petición.

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma de Padre/Tutor (si es aplicable): _____

Firma en Letra de Molde: _____ Relación con el Paciente: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

Nombre Preferido: _____ Pronombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo Asignado al Nacer: __ Femenino __ Masculino Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Domicilio: _____
(si es diferente que la dirección postal)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Díganos donde llamarle, dejarle mensajes y recordatorios de citas: Casa Celular Trabajo Otro _____

¿Puede HCHC dejarle mensajes en el número de teléfono que nos ha indicado? Si, mensajes breves Si, mensajes extendidos No mensajes

Correo Electrónico: _____ ¿Quiere registrarse para el Portal de Paciente? Si No
(HCHC no compartirá esta información de contacto con ninguna otra entidad)

PERSONA RESPONSABLE (persona a facturar si no es el paciente)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección Postal: _____
(Si es diferente que la del paciente)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Primario: _____ Relación con el paciente: _____

Por favor enlistar todos los individuos con los cuales podemos hablar sobre su cuidado médico (HIPAA). Los individuos en esta lista También serán parte de su contacto de emergencia. **Nosotros no hablaremos de su cuidado médico con aquellas personas que NO estén en esta lista.**

Nombre (Primer Nombre y Apellido): _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre (Primer Nombre y Apellido): _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre (Primer Nombre y Apellido): _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Documentación legal de agente adicional y/o tutela se requiere para permitir que un individuo firme una Petición para Información a nombre de un paciente no-menor.

Información Adicional

Como un Centro de Salud Federalmente Calificado (CSFC), HCHC está obligado a recopilar la siguiente información. Sus respuestas serán confidenciales. **GRACIAS** de antemano por su ayuda.

Raza

- Blanco (incluyendo Latino/Descendiente Hispano)
- Negro o Afroamericano
- Otro Isleño del Pacífico
- Guamanes o Chamorro
- Samoano
- Asiático Americano
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro Asiático
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái
- Mas de una raza

Etnicidad

- No hispano, Latino(a) o de origen Español
- Mexicano(a), Mexicano(a)-Americano(a), Chicano(a)
- Puertorriqueño(a)
- Cubano(a)
- Otro hispano (a), Latino(a), o de origen Español
- Hispano(a) total, Latino(a), o de origen Español
- No declarado/Decide no revelar el origen Étnico

¿Va a necesitar un intérprete?

- Si No

Idioma Primario hablado:

Vivienda

Tipo:

- Unifamiliar
- Multi-Familiar
- Apartamento
- Otro

Situación de Vivienda:

- Vivienda Publica Sin Hogar No Aplica

Si no tiene hogar, por favor indique la fecha de inicio

- Día que empezó: _____ Albergue Transitorio
 En la calle Compartiendo espacio

Orientación Sexual

- Heterosexual
- Lesbiana, Gay, o Homosexual
- Bisexual
- Otra Cosa _____
- No se
- Me niego a responder

Identidad de Género

- Masculino
- Femenino
- Transgénero Masculino/Femenino-a-Masculino
- Transgénero Femenino/Masculino-a-Femenino
- "Genderqueer," *ni exclusivo masculino o femenino*
- Otro
- Me niego a responder

¿Es usted o un miembro de su familia un trabajador granjero migrante?

- Si No

¿Es usted o un miembro de su familia un trabajador granjero por temporada?

- Si No

¿Es usted veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

- Si No

Transporte

¿Le resulta difícil el transporte para acudir a las citas? Si No

¿Cuál es su medio de transporté primario? _____

Nivel de Ingreso

Tamaño de familia (Incluye a todos los dependes declarados): 1 2 3 4 5 6 7 8 Otro _____

Ingreso Total Anual del Hogar (Escriba en uno de los siguientes):

Anual: _____ Mensual: _____

Quincenal: _____ Semanal: _____



Siga a HCHC (@HealthyCHC) en las redes sociales para actualizaciones, anuncios y otras noticias.

Este centro de salud recibe fondos del HHS y del Servicio Federal de Salud Pública (PHS) estado considerado con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por negligencia médica, para sí mismo y para las personas cubiertas.