

lla Byrd Whitman Solicitud de Atención Sanitaria del Centro de Salud Comunitario Whitman

DEBE ACTUALIZARSE ANUALMENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre de pila	MI	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	SS #

Dirección de la calle	Ciudad	Estado	Zip	Condado

¿Está asegurado el paciente?
Médico □ Yes □ No
Dental □ Sí □ No

Si es menor de 18 años:
Nombre de la madre
Nombre del padre

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Número de teléfono principal □ **Inicio** □ **Celda** □ **Obra**

Número de teléfono secundario □ **Inicio** □ **Celda** □ **Obra**

El personal de EBWW puede contactarme para recordatorios clínicos o de citas por los siguientes métodos: (revisa todos los que corresponden)

□ **Mensajes de** texto (pueden aplicarse tarifas estándar de datos/mensajería) □Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

DEMOGRAFÍA DE LOS PACIENTES

Lengua Primaria Hablada
□ Inglés □ Español □ Otros: _____

¿Quieres un intérprete?
□ Sí □ No

Raza (Revisa todo lo que aplica)
□ Asiático □ Black □ Blanco □ Indio de Centroamérica
□ Nativos americanos/nativos de Alaska □ isleños del Pacífico
□ Hawaianos nativos □ otros: _____

Etnia
□ Hispanic/Latino
□ No hispano/latino

Identidad de género:
¿Te consideras así:
□ Masculino
□ Femenino
□ Transgénero (□ de hombre a mujer □ de mujer a hombre)
□ Otros, por favor especifica:
□ Prefiero no revelar

Orientación sexual:
¿Cómo te crees que eres tú mismo?
□ Heterosexual o heterosexual
□ Lesbiana, gay u homosexual
□ Bisexual
□ Algo más □ no sé
□ Prefiero no revelar

Estado civil
□ Sencillo
□ Casados
□ Divorciados
□ Viuda

Estudiante
□ A tiempo completo
□ Por t-Tiempo
□ No soy estudiante

Estado laboral
□ A tiempo completo
□ Tiempo parcial
□ Desempleados
□ Retirada

Empleador **Código postal**

¿Trabajador agrícola migratorio o temporal?
□ Sí □ No

¿Veterano militar?
□ Sí □ No

¿Cómo supiste del centro de salud? Circle One
Amigo de la familia Flyer Hospital Feria de Salud Local Internet Otros: _____

FARMACIA PREFERIDA: _____ **(incluye dirección)**

¿Te gustaría saber más sobre nuestro **programa de tarifas ajustables** y un posible descuento en tu factura? □ **Sí, interesado**

Ingreso bruto del hogar (antes de impuestos):
$ _____ □ Mensual □ Anualmente
 # Adultos y niños en el hogar: _____

□ **Prefiero no revelar ingresos.**
Los servicios no cubiertos por tu seguro de terceros pueden ser elegibles para un descuento dependiendo de tu nivel de ingresos. Si no deseas revelar tus ingresos, serás responsable de cualquier saldo que no pague el seguro de terceros.

SEGUROS

Seguro médico principal: _____
Número de suscriptor: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Cónyuge de la madre o madre propia

Seguro médico secundario: _____
Número de suscriptor: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Cónyuge de la madre o madre propia

Firma: Paciente/Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____



lla Byrd Whitman Solicitud de Atención Sanitaria del Centro de Salud Comunitario Whitman
DEBE ACTUALIZARSE ANUALMENTE

Se solicita a todos los pacientes que lean, firmen y cumplan con las políticas de Estella Byrd Whitman que aparecen a continuación.
Si tienes alguna pregunta sobre nuestras políticas, por favor pregunta hablar con nuestro responsable de oficina.

Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente

Entiendo que, como paciente del Centro de Salud Comunitario Estella Byrd Whitman, toda la información recopilada se mantendrá confidencial bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Comunitario Estella Byrd Whitman.

Inicial: _____

Expectativas de cita:

Por favor, acuda 30 minutos antes de su cita para registrarse. Se esperan todos los pagos en el momento del servicio. Avise a un miembro del personal de cualquier cambio en su información para asegurarse de que disponemos de la información más actualizada en su cuenta. Asegúrese de proporcionar la identificación adecuada, la documentación requerida y las tarjetas de seguro (si las hay) en el momento de la visita. **Los menores siempre deben ir acompañados por un adulto.**

Inicial: _____

Confirmación de nombramiento

Tu cita debe ser confirmada 24 horas antes de la cita programada; si el centro de salud no puede confirmarla, tu cita puede ser cancelada. Haremos todo lo posible para reprogramar tu cita según la disponibilidad de tu proveedor.

Inicial: _____

Llegada tardía

Los pacientes que **lleguen** a recepción **más de 15 minutos después de su cita** programada pueden no ser atendidos. Haremos todo lo posible para reprogramar tu cita según la disponibilidad de tu médico.

Inicial: _____

Política de cancelación

Los pacientes que necesiten cancelar o reprogramar una cita pueden hacerlo llamando al número de la oficina principal de Estella Byrd Whitman al 352-875-2226.

La cancelación de la cita requiere un aviso previo de 24 horas. Los mensajes de buzón de voz dejados con 24 horas de antelación serán suficientes como notificación a EBWW. No cancelar una cita resultará en una **entrada de "no presentación"** en tu expediente. **Una vez que se registren tres** (3) **ausencias en tu expediente, será obligatorio que todas las futuras citas sean solo por aviso sin cita previa.** Los pacientes enfermos serán atendidos por orden de llegada diariamente.

Inicial: _____

DEBE ACTUALIZARSE ANUALMENTE

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO

Al firmar a continuación, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizamos a los proveedores de Estella Byrd Whitman y a su personal a realizar cualquier examen, prueba o procedimiento diagnóstico, así como a proporcionar cualquier medicamento, tratamiento o terapia necesario para evaluar y mantener eficazmente mi salud, evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que, salvo emergencias o circunstancias extraordinarias, es responsabilidad de mis profesionales sanitarios tratantes explicarme las razones de cualquier examen, prueba o procedimiento diagnóstico, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos y cargas y beneficios previstos asociados a estas opciones, así como los cursos alternativos de tratamiento.

DERECHO A RECHAZAR EL TRATAMIENTO: Al dar mi consentimiento general al tratamiento, entiendo que conservo el derecho a rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicación recomendada o considerada médicamente necesaria por mis profesionales sanitarios tratantes. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han hecho garantías sobre los resultados de mi evaluación y/o tratamiento.

Firma: _____

Firma del paciente/padre/tutor legal **Fecha**

PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B Y C

Si el personal de Estella Byrd Whitman entra en contacto con los fluidos corporales míos o de mis hijos, consiento hacerme pruebas de VIH, hepatitis B y C.

_____

Firma del paciente/padre/tutor legal **Fecha**

PERSONAS AUTORIZADAS PARA OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA

Estoy de acuerdo en que el Centro de Salud Comunitario Estella Byrd Whitman puede divulgar ciertas partes de mi información sanitaria a un Representante Personal de mi elección, ya que dicho personal está relacionado con mi atención sanitaria o con el pago relacionado con mi atención sanitaria. En ese caso, el personal de Estella Byrd Whitman solo revelará información directamente relevante para la implicación de la persona en mi atención sanitaria (incluida la documentación médica y las citas) o el pago relacionado con mi atención sanitaria.

Nota: Si el paciente es menor de 18 años, no es necesario que los padres estén listados.
Si el paciente desea que su cónyuge o pareja tenga acceso, el cónyuge o pareja debe indicarse a continuación.

Nombre **DATA de nacimiento**	**Relación**	**Teléfono**
Nombre **DATA de nacimiento**	**Relación**	**Teléfono**

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Se espera el pago en el momento de la notificación. El pago puede realizarse en efectivo o con tarjeta de crédito principal. Cualquier comisión, deducible, coseguro o copago se paga en el momento de la notificación.

RESPONSABILIDAD DE PAGO:

El abajo firmante asume la responsabilidad del pago por servicios conforme a las tarifas y términos estándar del Centro de Salud Comunitario Estella Byrd Whitman (EBWW), ya sea firmar como paciente o aval, **asegurado o no**. Como firmante, entiendo perfectamente: (a) mi seguro, si lo hay, es un contrato entre yo y la compañía de seguros, salvo en ciertos casos en que **EBWW** tenga un contrato específico con mi PPO, HMO u otro pagador externo; **EBWW** no explica ni determina si los servicios están cubiertos por mi seguro. Cualquier consulta para explicar o determinar la cobertura del seguro para los servicios es entre mí y la compañía de seguros; (b) cualquier saldo que quede después de que el seguro apruebe o deniegue el pago es mi responsabilidad de pagar; si mi compañía de seguros denega una reclamación por servicios por cualquier motivo, ya sea en el momento o después de recibir servicios, asumo toda la responsabilidad del pago conforme a las tarifas y términos estándar de **EBWW**; (c) si no puedo pagar las tarifas estándar por servicios recibidos o prestados, ya sea asegurado o no, puedo solicitar el **Programa de Descuento por Tarifas Móviles** de EBWW.

En caso de que no se paguen todos los cargos por servicios en su totalidad cuando corresponden, ya sean asegurados o no, y se inicie una actividad de cobro, ya sea por una agencia de cobro o un abogado (o ambos), acepto ser responsable del saldo de los cargos por servicios y tratamientos recibidos y de todos los costes razonablemente asociados a dicha actividad de cobro, incluyendo, pero no limitándose a, honorarios razonables de cobro, honorarios de abogados y costes judiciales.

Por la presente autorizo **a EBWW** a facilitar toda la información médica a todas mis aseguradoras, otros pagadores externos, incluidos Medicare o sus agentes, o la Administración de la Seguridad Social, según sea necesario o solicitado para el procesamiento de reclamaciones de seguro, seguridad social, discapacidad, compensación laboral u otros fines de seguro. Por favor, tenga en cuenta que, si su proveedor de atención primaria (PCP) no está actualizado en el momento de su visita, usted será responsable de cualquier coste asociado a la visita.

GESTIÓN DE BENEFICIOS FARMACÉUTICOS:

El firmante autoriza a EBWW a obtener la información necesaria sobre farmacias y recetas para garantizar la precisión y continuidad de la atención.

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS DE SEGURO:

Por la presente autorizo el pago de cualquier seguro u otro beneficio médico directamente al Centro de Salud Comunitario Estella Byrd Whitman. El abajo firmante, habiendo leído y comprendido el acuerdo, acepta este acuerdo de responsabilidad financiera.

Firma: _____
Firma del paciente/padre/tutor legal Fecha

Firma del testigo: _____
Fecha