



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Valley Family Health Care (VFHC) es un Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal y recibe fondos federales de conformidad con la Sección 330 de la Ley del Servicio de Salud Pública. Estamos obligados a recopilar información con fines estadísticos, lo cual incluye edad, género, raza, orientación sexual, ingresos y tamaño de la familia. No se suministra información individual.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(s)		
Fecha de nacimiento: / /	Número de Seguro Social (opcional):	Sexo de nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Nombre de preferencia:		Correo electrónico:		
Dirección física:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono residencial: <input type="checkbox"/> ¿Acepta mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono celular: <input type="checkbox"/> ¿Acepta mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo: <input type="checkbox"/> ¿Acepta mensajes de texto? Sí <input type="checkbox"/> No		
¿En qué idioma prefiere comunicarse? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____				
La información indicada arriba podrá utilizarse para contactarlo a usted por teléfono, mensajes de texto o correo electrónico para darle información relacionada con citas, facturación, cambios de clínica y de doctor, portal de paciente, recetas médicas, su estado de salud y anuncios publicitarios. Avísenos si tiene alguna preferencia en cuanto a la manera en que podemos contactarlo.				
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Con pareja				
Situación de vivienda: ¿Es usted una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación? <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Otro/a:				
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual (hacia personas del sexo opuesto) <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay (hacia personas del mismo sexo) <input type="checkbox"/> Bisexual (hacia personas del mismo sexo y del sexo opuesto) <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Género fluido <input type="checkbox"/> Mujer transgénero: <i>Hombre a mujer</i> <input type="checkbox"/> Hombre transgénero: <i>Mujer a hombre</i> <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Por favor, marque una opción: <input type="checkbox"/> Empleado/a <input type="checkbox"/> Trabajador/a independiente <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Menor de edad				
Nombre del empleador:		Teléfono del empleador:		
GARANTE – PERSONA QUE VA A PAGAR POR SU CITA				
Nombre: Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(s)		
Relación/Parentesco con el paciente: <input type="checkbox"/> El paciente mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otra _____			Fecha de nacimiento: / /	
Teléfono principal:	Correo electrónico:			
Dirección:	Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Empleador:	Teléfono del empleador:			

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación/Parentesco con el paciente:	
Teléfono residencial:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:

REPRESENTANTES PERSONALES

Por favor, indique quiénes pueden recibir información sobre su salud:				
1. Nombre en letra de imprenta _____	Dirección _____	Teléfono _____		
Seleccione: <input type="checkbox"/> Verbalmente <input type="checkbox"/> Solicitar/Recibir registros médicos <input type="checkbox"/> Recibir medicamentos/recetas médicas				
2. Nombre en letra de imprenta _____	Dirección _____	Teléfono _____		
Seleccione: <input type="checkbox"/> Verbalmente <input type="checkbox"/> Solicitar/Recibir registros médicos <input type="checkbox"/> Recibir medicamentos/recetas médicas				
3. Nombre en letra de imprenta _____	Dirección _____	Teléfono _____		
Seleccione: <input type="checkbox"/> Verbalmente <input type="checkbox"/> Solicitar/Recibir registros médicos <input type="checkbox"/> Recibir medicamentos/recetas médicas				
Esta información será actualizada cada vez que usted complete su registro anual y usted podrá revocar la autorización dada en cualquier momento. No está obligado a completar esta información para poder recibir tratamiento o calificar para recibir servicios. Una vez revelada la información médica protegida, es posible que el destinatario la revele nuevamente; en tal caso, dicha información ya no estará protegida por Valley Family Health Care. Al firmar este formulario de registro usted aprueba el intercambio de información.				

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (POR FAVOR, ENTRÉGUELE SU TARJETA A LA RECEPCIONISTA)

Seguro médico primario	Seguro médico secundario	Seguro dental
Nombre del seguro médico:	Nombre del seguro médico:	Nombre del seguro médico:
Número de póliza:	Número de póliza:	Número de póliza:
Número de grupo:	Número de grupo:	Número de grupo:
Nombre del suscriptor:	Nombre del suscriptor:	Nombre del suscriptor:
Fecha de nacimiento del suscriptor: / /	Fecha de nacimiento del suscriptor: / /	Fecha de nacimiento del suscriptor: / /
Relación/Parentesco con el paciente: El paciente mismo Cónyuge	Relación/Parentesco con el paciente: El paciente mismo Cónyuge	Relación/Parentesco con el paciente: El paciente mismo Cónyuge
Padre/Madre	Padre/Madre	Padre/Madre
Otra/o	Otra/o	Otra/o

Por favor, pase a la siguiente página →

RECONOCIMIENTOS

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Autorizo a Valley Family Health Care (VFHC, por sus siglas en inglés) a llevar a cabo una evaluación médica, dental y/o de salud mental y suministrar recomendaciones de tratamiento para mí o mi dependiente. Entiendo que no existe ninguna garantía en cuanto a los resultados de mi tratamiento. Entiendo que VFHC posee un programa educativo para estudiantes de salud que incluye rotaciones clínicas mediante las cuales se proporcionan actividades supervisadas de asistencia a pacientes. Entiendo que cuando un(a) estudiante haga parte de mi grupo de atención médica recibiré notificación y tendrá la oportunidad de rechazar su participación. Al autorizar el tratamiento, doy consentimiento a VFHC para acceder y mantener mis registros médicos anteriores y actuales incluyendo, pero sin limitarse a, medicamentos, procedimientos/operaciones y estudios de diagnóstico mediante una variedad de prestadores de servicios incluyendo farmacias, seguros de salud y otros profesionales de la salud con el fin de suministrarme la mejor y más segura atención médica posible. Autorizo a VFHC para contactarme por teléfono o mediante mensajes de texto o de correo electrónico para suministrarme información relacionada con citas, facturación, cambios de clínica y de doctor, el portal de paciente, recetas médicas, mi estado de salud y anuncios publicitarios.

Consentimiento informado para servicios de telesalud: La telesalud es un servicio de consulta médica mediante llamada telefónica o videoconferencia. Cuando la consulta se realiza mediante el sistema de videoconferencia, tanto usted como el profesional de la salud deben utilizar una cámara y altavoces para poder comunicarse. Al firmar el formulario a continuación, usted indica que ha leído y entendido el documento titulado "Consentimiento informado para servicios de telesalud" y que acepta participar en los servicios de telesalud que brinda VFHC. Nuestro personal está a su disposición para responder cualquier pregunta.

AUTORIZACIÓN PARA FACTURAR A EMPRESAS DE SEGUROS DE SALUD Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

A mi leal saber y entender, la información que he dado en este formulario de registro es verdadera. Autorizo a VFHC para facturar directamente a mi empresa de seguros y a cualquier tercero pagador por medio del cual tenga beneficios para efectuar pagos directamente a VFHC. Autorizo a VFHC o a la empresa de seguros para utilizar y revelar cualquier información médica con el fin de obtener el pago de los servicios prestados y determinar los beneficios correspondientes de la empresa de seguros. La facturación de servicios prestados por empresas externas (por ejemplo, laboratorio, patología, radiología) la harán dichas empresas por separado.

ACUERDO FINANCIERO

Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente: Por favor, avísenos si tiene alguna dificultad económica para pagar su cuenta; queremos ayudarle.

- Se espera que haga el pago en la fecha de servicio. Me pedirán que presente alguna forma de pago (puede ser un seguro médico) en la fecha de servicio.
- Puedo completar una solicitud del programa de descuento según la escala de tarifas reducidas (incluso si tengo seguro médico).
- Como cortesía, VFHC puede facturar a mi seguro médico.
- Soy responsable de todos los cargos, incluyendo deducibles, copagos y cualquier servicio no cubierto por mi seguro médico.
- VFHC envía estados de cuenta mensuales a los pacientes que tienen saldos pendientes, esto incluye cantidades que ya han sido procesadas a través del seguro médico por las cuales no se ha recibido pago.
- Cualquier pago que yo haga se aplicará a mi saldo, pero es posible que no sea suficiente para pagar por todos los servicios prestados.
- VFHC puede hacer arreglos de pago para pacientes que no puedan pagar la cantidad adeudada.
- Después de 90 días, las cuentas sin pagar pueden enviarse a una agencia de cobranzas.
- Si no puedo pagar mi factura, llamaré al Departamento de Facturación de VFHC al 208-642-6989 .

POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS

Valley Family Health Care valora la relación que existe entre usted y nosotros, lo cual incluye cumplir con las citas programadas. Por favor, tome en cuenta las siguientes normas:

- Por favor, llame a su clínica de VFHC por lo menos 1 día antes si necesita reprogramar su cita.
- Si usted falla a 2 citas programadas dentro de un año, es posible que reciba una remisión para que uno de nuestros trabajadores comunitarios de salud le brinde ayuda con los inconvenientes (transporte, finanzas, seguro) que le dificultan llegar a sus citas.
- Si usted falla a 3 citas dentro un año, deberá presentarse sin cita previa y esperar hasta cuando haya un médico disponible para atenderlo.
- Después de que lo hayan atendido de esta manera en una ocasión, de nuevo podrá programar citas con anterioridad.

Como Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal, estamos obligados a recopilar la siguiente información para mejorar la calidad y reducir los costos de la atención médica de todos. No compartiremos su información personal. Por favor, ayúdenos respondiendo las siguientes preguntas.

Ingresos familiares	El total de ingresos por año de todos los miembros de nuestro hogar antes de impuestos es de: \$ _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Incluido yo, mi hogar está compuesto por (número) _____ personas.
Descuento según la escala de tarifas reducidas	¿Le interesaría participar en nuestro programa de tarifas reducidas aún si tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Origen étnico	¿Es usted de origen hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Trabajadores agrícolas	En los últimos dos años , ¿ha sido usted o algún miembro de su familia la fuente principal de ingresos como trabajador en la agricultura (campos, huertas, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió "Sí", ¿cambia de lugar de residencia esta persona como parte de su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Veteranos de guerra	¿Es usted veterano de guerra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Certifico que la información suministrada en mi formulario de registro es completa y correcta a mi leal saber y entender. He leído y entiendo la información que aparece a continuación, de la cual me han ofrecido una copia: **Aviso de Prácticas de Privacidad** (publicado). Entiendo que VFHC participa en el intercambio de datos y registros a nivel estatal y que he leído los detalles correspondientes a la información compartida y cómo puedo optar por no participar en el aviso publicado; la **Autorización para Recibir Tratamiento** (arriba); el **Consentimiento para Servicios de Telesalud**(publicado); la **Autorización para Facturar a Empresas de Seguros y Asignación de Beneficios** (arriba); el **Acuerdo Financiero** (arriba); y la **Política de Citas Perdidas** (arriba).

X Firma del paciente/tutor(a): _____	Fecha: _____
PERSONAL DE VFHC:	

Cumplimos con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discriminamos por motivos de raza, color, etnia, estado de ciudadanía, origen nacional, género, identidad de género, orientación sexual, discapacidad de edad, religión o cualquier estado protegido por la ley.

A ningún paciente se le negará la atención médica debido a su incapacidad de pago.