



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE CENTROS DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

(Debe ser completado por TODO PACIENTE anualmente.)

Fecha de Servicio: _____ Lugar de Servicio: _____

A qué escuela asistes? _____

Paciente Nuevos: Como usted supo de nosotros? _____

INFORMACION DEL PACIENTE (Favor de proveer informacion MAS ACTUAL.)

Nombre del Paciente: _____
(primer) (inicial) (apellido)

Nombre de Padre/Guardian: _____
(primer) (inicial) (apellido)

Social Security del Paciente #: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Raza: Afro-Americano Blanco Indio Americano/Alasqueño Asiatico Hawaiano
 Isleño Pacifico mas de una raza prefiero no divulgar

Es usted Hispano/Latino: si no

Idioma principal: Ingles Otro _____

Direccion del Paciente: _____
(calle)

Ciudad: _____ Estado: _____ Apartado Postal: _____

Contacto #: Casa #: _____ Celular #: _____

Trabajo #: _____ Otro #: _____

Correo Electronico del Paciente: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relacion con el paciente: _____

Contacto de Emergencia #: Casa #: _____ Celular #: _____

Trabajo #: _____ Otro #: _____

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Poblacion especial (Marque todo lo que corresponda.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Viviendo con otros | <input type="checkbox"/> Trabajador Agricola Temporal |
| <input type="checkbox"/> Sin hogar | <input type="checkbox"/> Refugio |
| <input type="checkbox"/> Trabajador Agricola Migrante | <input type="checkbox"/> Calle (carro, afuera) |
| <input type="checkbox"/> Otro (hotel, motel, pago diario) | <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria |
| <input type="checkbox"/> Viviendo Publica (Vive o acceso) | <input type="checkbox"/> Veterano |
| <input type="checkbox"/> Paciente de Centro de Salud | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |

FAVOR COMPLETAR PARTE DE ATRAS
FIRMA REQUERIDA

REPORTE DE INGRESOS

Numero de personas viviendo en su casa: _____ Ingreso familiar _____ [] Prefiero no divulgar

INFORMACION DE SEGURO (Favor presente sutarjeta de seguro al representante de FHCGA.)

[] Medicaid [] Amerigroup [] Care Source [] PeachState [] WellCare [] Medicare
[] Medicare Suplementario [] Seguro Privado [] ACA Mercado de Salud [] Compensacion de trabajadores
[] Desabilitado [] Responsabilidad [] Otro

Indique Nombre de la Compañía de Seguro si es privado: _____

Nombre de Asegurado (como aparece en la tarjeta): _____ Numero de Poliza #: _____

[] Marque aqui si quiere que FHCGA sea su proveedor primario (PCP)

PERSONA RESPONSABLE DE PAGO (Esta area debe ser completada aun usted este usando Medicaid, Medicare o aseguranza privada.)

Relacion con el paciente (Marque uno): [] Usted [] Padre/Guardian [] Esposo(a) [] Otro (especifique) _____
[] **Marque aqui si el paciente (usted) es la persona responsable y la informacion es la misma que antes indicada. Solo complete la parte de abajo si alguna informacion es diferente a la anterior.**

Nombre de parte responsable: _____
(primer) (inicial) (apellido)

Direccion de parte responsable: _____
(calle)

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Contacto de persona responsable #: Domicilio #: _____ Celular #: _____
Trabajo #: _____ Otro #: _____

Fecha de nacimiento de persona responsable: _____ Seguro Social de persona responsable #: _____

Correo electronico de persona responsable: _____

Nombre de aseguranza de persona responsable: _____

Nombre del Miembro (como aparece en la tarjeta): _____ Numero de Poliza #: _____

Empleador de persona responsable: _____

Direccion del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono #: _____ Fax #: _____ Correo electronico: _____

FIRMA REQUERIDA (Por favor lea y firme abajo.)

Yo, el abajo firmante, expresamente garantizo el pago completo de todos los cargos en consideración por los servicios de atención médica prestados o por ser prestados por THE FAMILY HEALTH CENTERS OF GEORGIA, INC. También reconozco que soy el único responsable de los pagos de cualquier servicio facturado por un proveedor independiente.

X Firma: _____ Fecha: _____



AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

(Para ser completado por TODO PACIENTE anualmente.)

The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHCGA) es requerida por ley obtener el consentimiento para tratar y divulgar todos los riesgos importantes y tratamientos médicos alternativos. Entiendo que no es posible enumerar todos los riesgos materiales para cada procedimiento o tratamiento médico y que este formulario solo intenta identificar los riesgos materiales más comunes y las alternativas asociadas con los procedimientos o tratamientos médicos.

Los tratamientos y/o procedimientos médicos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Agujas, como inyecciones (inyecciones). Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimientos incluyen, pero no se limitan a, daño a los nervios, infección o hematomas. Las alternativas a las agujas (si están disponibles) incluyen medicamentos orales, rectales, nasales o tópicos (cada uno de los cuales puede ser menos efectivo); o rechazo de tratamiento medico.
2. Pruebas físicas, evaluaciones y tratamientos médicos (por ejemplo, signos vitales, exámenes internos del cuerpo, limpieza de heridas, vendaje de heridas, control de rango de movimiento); y otros procedimientos similares. No se conocen riesgos importantes asociados con estos procedimientos. El tratamiento médico puede consistir en el tratamiento de enfermedades (por ejemplo, inflamación de la garganta, infecciones del oído, ojos rosados, raspaduras, distensiones, cortes, chequeo de niños sanos).
3. Administración de medicamentos ya sea por vía oral, rectal, tópica o a través del ojo, oído o nariz. Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimientos incluyen, entre otros, perforación, punción, infección o reacción alérgica. Además de variar el método de administración y / o el rechazo del tratamiento médico, no existen otras alternativas prácticas.
4. Extracción de sangre, fluidos corporales o muestras de tejido, como la que se realiza para pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos importantes asociados con este tipo de procedimientos incluyen, entre otros, infección, hemorragia o daño a los nervios. Además de variar la observación a largo plazo y/o el rechazo del tratamiento médico, no existen otras alternativas prácticas.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO:

- **Doy mi consentimiento a los profesionales de atención médica de FHCGA que realizan tratamientos médicos y procedimientos** cuando lo consideren razonablemente necesario en el ejercicio de su juicio profesional, incluidos aquellos procedimientos que pueden ser imprevistos o no se sabe que se necesitan al momento de obtener este consentimiento.
- Reconozco que he recibido información en términos generales sobre la naturaleza y el propósito de los tratamientos y procedimientos médicos, los riesgos materiales de los procedimientos y las alternativas prácticas a los procedimientos.
- Si tengo alguna pregunta o inquietud con respecto a estos tratamientos o procedimientos médicos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional.
- Con el fin de asegurar la seguridad de los medicamentos y la falta de interacciones entre medicamentos, concedo a FHCGA, a su personal y a sus afiliados autorizados el derecho de acceder a mi farmacia e información de prescripción.
- Entiendo que es mi elección recibir servicios voluntarios de planificación familiar confidencial.
- Reconozco que he leído y entiendo la información anterior y doy permiso para mí o la atención médica de mi hijo como se describe.

Firma del Paciente (o representante autorizado): _____

Nombre del Paciente printeado: _____ Fecha: _____

Relacion con Paciente: _____ Razon paciente no puede firmar (si aploca): _____

Acuse de recibo de Avisos de Prácticas de Privacidad para información médica protegida (HIPAA): Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente (o persona autorizada): _____ Fecha: _____

Autorización para **tratamiento médico por parte de los proveedores de nivel medio**: entiendo que The Family Health Centers of Georgia, Inc. y sus afiliados utilizan proveedores certificados de nivel medio (por ejemplo, asistentes médicos (PA), enfermeras practicantes (NP), etc.) para tratar pacientes para el nivel de cuidado para el cual han sido aprobados por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Georgia. Mi firma en este formulario transmite que estoy de acuerdo con que me trate un proveedor de nivel medio, que actúa bajo la supervisión directa de un médico.

Firma del Paciente (o representante autorizada): _____ Fecha: _____

FHCGA es miembro y / o puede participar con organizaciones que solo recopilan datos (no información personal) para otorgar fondos y / u otro propósito.

Marque aquí si opta por no compartir datos.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD MÉDICA CONDUCTUAL

AUTORIZACIÓN GENERAL:

Yo, el paciente abajo firmante o representante legal, por el presente autorizo a Family Health Centers of Georgia, Inc. a usar, revisar, brindar, divulgar y transmitir la información médica y mental, así como los registros relacionados conforme a lo especificado a continuación, al destinatario mencionado a continuación. El método de divulgación debe ser relevante a la necesidad y puede incluir fotocopias, copias por fax, copias escaneadas, correo postal, correo expreso, archivos informáticos, correo electrónico, revisión personal, inspección, teléfono, comunicación electrónica y/o verbal.

Nombre del paciente: _____ # de registro médico: _____
Fecha del servicio: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ # de apartamento _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DIVULGADA A

Nombre de la compañía: _____ Atención: _____
Propósito: _____ Fecha de expiración: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA:

Yo específicamente autorizo la divulgación de información respecto a los siguientes tipos de registros, servicios, tratamientos, atención y los tipos de afecciones médicas, restringidas a las siguientes fechas:

- lista de problemas Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
- lista de medicamentos
- lista de alergias
- registro de vacunación
- antecedentes médicos y exámenes físicos más recientes
- resumen de altas médicas más recientes
- resultados de laboratorio Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
- rayos X e informes de imágenes Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
- informes de consulta Desde (nombres de los médicos) _____
- todo el registro
- otro _____

AUTORIZACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL:

Yo autorizo el permiso especial o autorizo la divulgación de la siguiente información: **(Iniciales requeridas para cada elemento)**

- _____ registro de salud mental/conductual
- _____ evaluaciones psicológicas
- _____ información psicológica/psiquiátrica (excluye las notas de psicoterapia que requieren un comunicado por separado)
- _____ información sobre abuso de alcohol/drogas/sustancias
- _____ información relacionada con VIH/SIDA/ETS
- _____ información sobre abuso físico o sexual

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante una notificación por escrito, excepto en el caso en que ya se hayan tomado medidas para cumplir con la misma. **Esta autorización expirará automáticamente en 90 días** o al momento de cumplir con el propósito o necesidad de información conforme a lo especificado anteriormente, o conforme a lo limitado por ley. Esta autorización no se verá afectada por mi muerte, discapacidad o inhabilitación. Entiendo que si un destinatario no es una entidad con cobertura conforme a las leyes de privacidad y reglamentaciones, la información divulgada o utilizada conforme a esta autorización puede divulgarse más detalladamente a otras partes y ya no estará protegida por las leyes y normativas.

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- derivación investigación legal seguro indemnización por accidentes laborales
- determinación de discapacidad cambio de Dr. personal otro: _____

Firma de la persona (tutor o Representante del Estado)

Fecha