

HealthReach Community Health Centers - 2025

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Inic. del segundo nombre:	Apodo:
Fecha de nacimiento: / /	Número del Seguro Social:	Según su cobertura de seguro, ¿cuál es su sexo?: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección postal:	Dirección física/local: <input type="checkbox"/> La misma que la dirección postal		
	Calle:		
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:
Código postal ZIP+4	Código postal ZIP+4		
Teléfono del hogar:	Teléfono durante el día:	Otro teléfono:	
Proveedor de atención primaria:			
Proveedor odontológico:			
Indique su dirección de correo electrónico. Puede dejar de recibir información electrónica de nosotros en cualquier momento.			
Dirección de correo electrónico:			
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
Solicite en recepción que escaneen su tarjeta del seguro. Si la <u>tarjeta del seguro no está vigente</u> ni disponible, es posible que le facturen.			
Nombre del seguro principal:		N.º de póliza del seguro principal:	
Nombre del titular de la póliza (si es diferente al del paciente):			
Nombre del seguro secundario:		N.º de póliza del seguro secundario:	
Nombre del titular de la póliza (si es diferente al del paciente):			
<p>PAGO DE BENEFICIOS: Autorizo a mi compañía de seguro médico o a otro tercero pagador responsable del pago de mi atención médica, incluido Medicare, MaineCare y otras aseguradoras comerciales y gubernamentales, a pagar los costos asociados con los servicios de atención médica que HealthReach Community Health Centers ("HRCHC") me brinde. Por el presente, cedo a HRCHC los derechos que yo podría tener a recibir pagos directamente de dichas aseguradoras y terceros pagadores, y autorizo a mis aseguradoras y terceros pagadores a pagar a HRCHC directamente los servicios de atención médica que me brinden. Entiendo y acepto que (independientemente de mi estado respecto al seguro) soy responsable en última instancia del saldo (incluidos copagos, coaseguros y deducibles) de mi cuenta por los servicios de atención médica que HRCHC brinde. Entiendo que la información de salud sobre mí se puede compartir con mi compañía de seguro médico u otros terceros pagadores responsables de pagar mi atención médica.</p>			
INFORMACIÓN DEL GARANTE (persona responsable del pago) <input type="checkbox"/> Titular. De lo contrario, complete los siguientes espacios			
Apellido:	Nombre:	Inic. del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: / /	Relación con el paciente:	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Otra	
Dirección postal: (si es diferente a la del paciente)	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del hogar:	Número de teléfono durante el día/del trabajo:		
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Si es otro, complete los siguientes espacios.			
Nombre:	Relación:		
Número de teléfono del hogar:	Número de teléfono durante el día/del trabajo:		

HealthReach Community Health Centers - 2025

Nombre del paciente: _____ del _____ Fecha de nacimiento: _____

OTRA INFORMACIÓN OBLIGATORIA

Este sitio es un centro de salud calificado a nivel federal (FQHC, por sus siglas en inglés), lo que significa que recibimos una subvención federal que nos permite ofrecer un programa de tarifas con descuento a nuestros pacientes que reúnen los requisitos. Estamos obligados a proporcionar cierta información a la Oficina de Atención Médica Primaria cada año sobre todos nuestros pacientes. Marque todas las casillas que le correspondan a usted (o al paciente que está siendo atendido).

Raza (seleccione todas las opciones que correspondan)	Etnia (seleccione una opción)
<input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Se niega a especificar <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Guamana o chamorra <input type="checkbox"/> Hawaiana <input type="checkbox"/> Hispana	<input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico (no hawaiana) <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanca
	<input type="checkbox"/> Chicana <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Se niega a especificar <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Mexicano-americana <input type="checkbox"/> No hispana ni latina <input type="checkbox"/> Puertorriqueña

¿Idioma que prefiere?	¿Necesita lo siguiente? (Seleccione alguna opción si corresponde)
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Intérprete <input type="checkbox"/> Lengua de señas

¿Actualmente está sin vivienda (indigente)?	Seleccione una opción (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe/no se informa	<input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante (se traslada de lugar para trabajar) <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola estacional (no se traslada para trabajar)

¿Alguna vez prestó servicios en las Fuerzas Armadas de EE. UU.? (Fuerza Aérea, Ejército, Guardacostas, Marines, Guardia Nacional, Marina, etc.)

Sí
 No

Orientación sexual - ¿Se considera...?	Identidad de género - ¿Cuál es su identidad de género actual? (Seleccione todas las opciones que correspondan)
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Se niega a especificar	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer a hombre (FTM)/hombre transgénero/hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer (MTF)/mujer transgénero/mujer trans <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional (u otra). Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a especificar

¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado de nacimiento original? (Seleccione una opción)

Masculino
 Femenino

HealthReach Community Health Centers - 2025

Se niega a especificar

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seleccione con un círculo a continuación la opción que mejor describa su nivel de ingresos relacionado con el tamaño de su familia (seleccione con un círculo la LETRA).

Categoría A		Categoría B		Categoría C		Categoría D	
Tamaño de la familia	Ingreso anual máximo:	Tamaño de la familia	Ingreso anual máximo:	Tamaño de la familia	Ingreso anual máximo:	Tamaño de la familia	Ingreso anual máximo o SUPERIOR A:
1	\$15,650	1	\$23,475	1	\$31,300	1	\$31,301
2	\$21,150	2	\$31,725	2	\$42,300	2	\$42,301
3	\$26,650	3	\$39,975	3	\$53,300	3	\$53,301
4	\$32,150	4	\$48,225	4	\$64,300	4	\$64,301
5	\$37,650	5	\$56,475	5	\$75,300	5	\$75,301
6	\$43,150	6	\$64,725	6	\$86,300	6	\$86,301
7	\$48,650	7	\$72,975	7	\$97,300	7	\$97,301
8	\$54,150	8	\$81,225	8	\$108,300	8	\$108,301
Para cada persona adicional, agregue \$5,380 al año							

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD:

1. Sé que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que HRCHC no ofrece garantías sobre tratamientos ni exámenes que me puedan realizar aquí.
2. Entiendo que HRCHC y sus empleados pueden utilizar la información de mis registros para fines médicos apropiados y para la auditoría de mejoras clínicas.
3. Autorizo al personal médico de HRCHC a realizar exámenes de diagnóstico, pruebas y procedimientos, y a proporcionar medicamentos, tratamientos o terapias necesarias para evaluar, diagnosticar y tratar con eficacia la afección por la que estoy buscando atención. Entiendo que es responsabilidad del proveedor explicarme los motivos de cada examen de diagnóstico, prueba o procedimiento, las opciones de tratamiento disponibles, y los riesgos frecuentes y las cargas y los beneficios anticipados que se asocian con estas opciones.
4. Entiendo que me reservo el derecho a rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento en particular, recomendados o considerados médicamente necesarios por el proveedor.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Si coloco mis iniciales aquí, reconozco que recibí una copia de las Prácticas de Privacidad de HealthReach Community Health Centers.

Iniciales del paciente/representante autorizado* en el cuadro (a la derecha):

[Para el personal: Si no se colocan las iniciales, documente los motivos].

FIRMA: Si firmo a continuación, reconozco que leí la información indicada arriba, que entiendo y acepto las declaraciones anteriores y que tuve la oportunidad de que respondan las preguntas que podría haber tenido.

Firma del paciente o el representante autorizado*

Fecha

HealthReach Community Health Centers - 2025

** Si firma el representante autorizado:*

Nombre en imprenta del representante autorizado

Fuente de las facultades (p. ej., tutor, poder)