

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?: ☐ M ☐ F	
Dirección postal:		Dirección física/local: ☐ 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):			
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.			
INFORMACIÓN DEL GARANTE (persona responsable del pago) ☐ Titular. De lo contrario, complete los siguientes espacios			
Apellido:		Nombre:	
		Inic. del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: / /		Relación con el paciente: ☐ Cónyuge ☐ Padre o madre ☐ 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 ☐ Ninguna ☐ Garante ☐ 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: _____

Fecha de
nacimiento: _____

OTRA INFORMACIÓN OBLIGATORIA

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)
☐ India americana o nativa de Alaska ☐ Japonesa ☐ Asiática ☐ Coreana ☐ India asiática ☐ Más de una raza ☐ Negra o afroamericana ☐ Nativa de Hawái ☐ China ☐ Otra ☐ Se niega a especificar ☐ Otra isleña del Pacífico ☐ Filipina ☐ Otra isleña del Pacífico (no hawaiana) ☐ Guamana o chamorra ☐ Samoana ☐ Hawaiana ☐ Vietnamita ☐ Hispana ☐ Blanca		☐ Chicana ☐ Cubana ☐ Se niega a especificar ☐ Hispana o latina ☐ Mexicana ☐ Mexicano-americana ☐ No hispana ni latina ☐ Puertorriqueña
¿Idioma que prefiere?		¿Necesita lo siguiente? (Seleccione alguna opción si corresponde)
☐ Inglés ☐ Español ☐ Francés ☐ Otro (especifique) _____		☐ Intérprete ☐ Lengua de señas
¿Actualmente está sin vivienda (indigente)?		Seleccione una opción (si corresponde)
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe/no se informa		☐ Trabajador agrícola migrante (se traslada de lugar para trabajar) ☐ 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)
☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otra ☐ No sé ☐ Se niega a especificar		☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Mujer a hombre (FTM)/hombre transgénero/hombre trans ☐ Hombre a mujer (MTF)/mujer transgénero/mujer trans ☐ Categoría de género adicional (u otra). Especifique: _____ ☐ Se niega a especificar
¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado de nacimiento original? (Seleccione una opción)		
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Se niega a especificar		

HealthReach Community Health Centers - 2025

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

* Si firma el representante autorizado:

HealthReach Community Health Centers - 2025

Nombre en imprenta del representante autorizado	Fuente de las facultades (p. ej., tutor, poder)
---	---