

## HealthReach Community Health Centers

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Inic. del segundo nombre:	Apodo:
Fecha de nacimiento:    /    /	N.º del Seguro Social:	Sexo según el seguro: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección postal:		Dirección física: <input type="checkbox"/> La misma que la dirección postal	
Calle/Apartado postal:		Calle:	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:
Código postal ZIP+4:		Código postal ZIP+4:	
Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Otro		Teléfono secundario: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Otro	
Médico clínico de atención primaria:		Médico clínico dental:	
Dirección de correo electrónico:			
<i>Puede dejar de recibir información por correo electrónico de nosotros en cualquier momento si así lo desea.</i>			
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
<i>La persona encargada de la recepción escaneará su tarjeta del seguro. Si la tarjeta del seguro no está disponible actualmente, es posible que le facturen.</i>			
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):			
<b>PAGO DE BENEFICIOS:</b> 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 compañías de seguro y terceros pagadores, y autorizo a mis compañías de seguro 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 definitiva, del saldo de mi cuenta (incluidos copagos, coaseguros y deducibles) 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 la atención médica que reciba.			
INFORMACIÓN DEL GARANTE (persona responsable del pago de servicios)			
<input type="checkbox"/> Si es usted mismo, marque esta casilla; si es otra persona, complete toda la información a continuación			
Apellido:	Nombre:	Inic. del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:    /    /	Relación con el paciente:	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otra	
Dirección postal: (si es diferente de la del paciente)	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:		Teléfono secundario:	
INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA			
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Garante    Si es otro, complete la información solicitada a continuación			
Nombre:		Relación:	
Teléfono principal:		Teléfono secundario:	

Nombre del paciente:			Fecha de nacimiento:    /    /		
<b>RAZA (seleccione todas las opciones que correspondan)</b>				<b>ORIGEN ÉTNICO (elija uno)</b>	
<input type="checkbox"/>	India americana o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/>	Más de una raza	<input type="checkbox"/>	Chicano
<input type="checkbox"/>	Asiática	<input type="checkbox"/>	Nativa de Hawái	<input type="checkbox"/>	Cubano
<input type="checkbox"/>	India asiática	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	Se niega a especificar
<input type="checkbox"/>	Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/>	Otra isleña del Pacífico	<input type="checkbox"/>	Hispano o latino
<input type="checkbox"/>	China	<input type="checkbox"/>	Otra isleña del Pacífico (no hawaiana)	<input type="checkbox"/>	Mexicano
<input type="checkbox"/>	Filipina	<input type="checkbox"/>	Samoana	<input type="checkbox"/>	Mexicano-americano
<input type="checkbox"/>	Guameña o chamorra	<input type="checkbox"/>	Vietnamita	<input type="checkbox"/>	No hispano ni latino
<input type="checkbox"/>	Hawaiana	<input type="checkbox"/>	Blanca	<input type="checkbox"/>	Puertorriqueño
<input type="checkbox"/>	Japonesa	<input type="checkbox"/>	Se niega a especificar	<b>¿ACTUALMENTE ES MILITAR O VETERANO?</b>	
<input type="checkbox"/>	Coreana	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	No
<b>IDIOMA QUE PREFIERE</b>			<b>¿NECESITA ESTOS SERVICIOS? (SI CORRESPONDE)</b>		
<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Español	<input type="checkbox"/>	Intérprete
<input type="checkbox"/>	Francés	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	Lengua de señas
<b>¿ACTUALMENTE ESTÁ SIN VIVIENDA?</b>			<b>TRABAJADOR AGRÍCOLA (SI CORRESPONDE)</b>		
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Trabajador agrícola migrante (se traslada de lugar)
<input type="checkbox"/>	No se sabe/no se informa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Trabajador agrícola estacional (no se traslada para trabajar)
<b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b>			<b>IDENTIDAD DE GÉNERO</b>		
<input type="checkbox"/>	Lesbiana, gay, homosexual	<input type="checkbox"/>	Heterosexual	<input type="checkbox"/>	Mujer
<input type="checkbox"/>	Bisexual	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	No se sabe	<input type="checkbox"/>	Se niega a responder	<input type="checkbox"/>	Hombre
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Se niega a responder
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mujer a hombre/hombre transgénero/hombre trans
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hombre a mujer/mujer transgénero/mujer trans
<b>PRONOMBRES PREFERIDOS</b>			<b>SEXO ASIGNADO AL NACER</b>		
<input type="checkbox"/>	Él	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Ella	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Femenino
<input type="checkbox"/>	Elle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Se niega a responder
<b>INGRESOS ANUALES</b>					
Tamaño de la familia:			Ingresos anuales del grupo familiar:		
Cabeza del grupo familiar:					

### ¿Qué es un grupo familiar?

Grupo familiar significa todas las personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas, dependientes y otras personas del mismo grupo familiar fiscal. Las personas que tengan 19 años o más y los no dependientes que vivan en la misma dirección se consideran grupos familiares separados. Las siguientes personas conforman el grupo familiar:

- EL/la solicitante.
  - EL/la cónyuge.
  - Pareja de hecho cuando el solicitante proporciona más del 50% del apoyo financiero (gastos básicos necesarios) de la pareja de hecho.
- Las parejas de hecho se definen como dos personas solteras, de 19 años o más, que viven juntas.
- Cualquier persona menor de 19 años que vive con el solicitante y es mantenida por él.
  - Cualquier persona declarada dependiente en la declaración de impuestos federales del solicitante.
  - Cualquier persona que declare al solicitante en una declaración de impuestos federales o sea su dependiente fiscal. Si el solicitante es declarado dependiente en una declaración de impuestos federales, la persona que lo declaró se considera parte del grupo familiar, y se requiere verificación de ingresos.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:    /    /
<b>CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN CONSULTORIO Y A TRAVÉS DE TELEMEDICINA</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doy mi consentimiento para que HRCHC y sus proveedores y otros miembros del personal me brinden servicios de telemedicina. El uso de los servicios de telemedicina es voluntario. Negarme a recibirlos no afectará mi derecho de obtener atención y tratamiento en el futuro. Los servicios de telemedicina incluyen evaluación médica, diagnóstico y tratamiento usando video, comunicación de datos y audio interactivos con el proveedor, que está en una ubicación diferente de la mía. No se grabará el audio ni el video de las consultas de telemedicina sin mi consentimiento. Entiendo que la alternativa a una consulta de telemedicina es una consulta presencial con un proveedor.</li> <li>2. Si soy miembro de Maine Care: (1) negarme a recibir servicios de telemedicina no me pondrá en riesgo de perder o que me retiren mis beneficios de Maine Care, y (2) Maine Care pagará el traslado para que reciba servicios cubiertos por ellos, según las normas de Maine Care.</li> <li>3. Algunos servicios, como aquellos que requieren exámenes físicos presenciales, no están disponibles a través de la telemedicina. Por lo tanto, es posible que la telemedicina no sea adecuada para todas las afecciones médicas. Tal vez necesite hacer un seguimiento con un proveedor de atención médica de forma presencial o que me realicen pruebas de diagnóstico. El proveedor me indicará si se necesita más evaluación. Es posible que ciertos medicamentos no se receten en una consulta de telemedicina. Si tengo una emergencia médica, no intentaré ponerme en contacto con mi proveedor a través del servicio de telemedicina. Entiendo que debo acudir a la sala de emergencias más cercana o llamar al 9-1-1 u otro número de emergencias local.</li> <li>4. Tengo derecho a que se me informe quién estará presente junto al proveedor que me brinde los servicios de telemedicina y en el centro en el cual reciba servicios. Tengo derecho a rechazar la presencia de cualquier persona en ambos casos. Se me brindará información de contacto de los proveedores y el personal que me atenderán en cada consulta de telemedicina.</li> <li>5. Estaré físicamente en el estado de Maine para cada consulta de telemedicina. Los proveedores de HRCHC tienen licencia para atender en Maine y existen restricciones que les prohíben brindar servicios de telemedicina a pacientes fuera de este estado. Si no estoy en Maine, el proveedor no podrá brindarme servicios legalmente. Se me pedirá que confirme mi identidad y ubicación para cada consulta de telemedicina.</li> <li>6. Existen riesgos inherentes al uso de telemedicina. Es posible que la transmisión de datos y los equipos sufran fallas, interrupciones o distorsiones. HRCHC lleva a cabo los pasos necesarios para garantizar que su servicio de telemedicina sea seguro y cumpla con las leyes de seguridad y privacidad correspondientes. Sin embargo, es imposible garantizar por completo que no existirán riesgos que afecten la seguridad o la privacidad. Además, es posible que la telemedicina no sea tan eficaz o completa como una consulta presencial.</li> <li>7. Tendré acceso a toda la información resultante de los servicios de telemedicina, según lo exige la legislación. HRCHC puede usar y divulgar esta información según lo permitido por la legislación. Como parte de las tecnologías usadas para proveer servicios de telemedicina, es posible que estas recopilen información y usen mecanismos de seguimiento pasivos. La información puede incluir, sin limitación, datos de rendimiento e información relacionada con la conexión que usé durante la consulta (como mi nombre, dirección IP, ubicación y otros detalles sobre la consulta).</li> <li>8. Si tengo alguna queja respecto de los servicios de telemedicina de HRCHC, puedo consultar a HRCHC cómo presentarla.</li> <li>9. 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.</li> <li>10. Entiendo que HRCHC y sus empleados pueden utilizar la información de mis registros para fines médicos apropiados y para la auditoría de mejoras clínicas.</li> <li>11. Autorizo al personal médico de HRCHC a realizar exámenes de diagnóstico, pruebas y procedimientos, y a proporcionar medicamentos, tratamientos o terapias necesarios 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.</li> <li>12. 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.</li> </ol>	
<b>AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:</b> Al colocar mis iniciales aquí, afirmo que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HealthReach Community Health Centers. Iniciales del paciente/representante autorizado* en el cuadro (a la derecha): <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-left: 10px; float: right;"></div>	
<small>[Para el personal: Si no se colocan las iniciales, documente los motivos].</small>	
<b>FIRMA:</b> 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:

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fuente de las facultades (p. ej., tutor, apoderado)