

## Registro de pacientes

### Información de Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre*

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Pronombres Preferidos: \_\_\_\_\_

Dirección postal:

\_\_\_\_\_  
*Calle* *Número de apartamento*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad* *Estado* *Código postal*

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

¿Podemos divulgar información médica protegida a su contacto de emergencia?  Sí  No

### Información Demográfica

**Estado Civil:**  Casado(a)  Soltero(a)  Parejas domésticas  Divorciado(a)  Viudo(a)  
 Otro(a)

**Raza:**  Afroamericano(a)  Asiático(a)  Isleño del pacífico(a)  Caucásico(a)

Nativo Americano(a)  Otro(a): \_\_\_\_\_

**Etnia (seleccione uno):**  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

## The Health Center at Faith Mission

**Idioma principal hablado:**  inglés  español  árabe  bengalí

Otro: \_\_\_\_\_

**¿Necesitarás un traductor?**  Sí  No

### Información del seguro

¿Tienes actualmente seguro médico?  Sí  No

¿En caso negativo, le gustaría recibir ayuda para obtener un seguro?  Sí  No

Plan de salud que tengo actualmente:

- Buckeye  CareSource  Molina  United HealthCare  Aetna  Humana  
 Anthem  Medicare  Otro: \_\_\_\_\_

### Información de vivienda

¿Estás sin hogar actualmente?  Sí  No

Refugio / Cama #: \_\_\_\_\_  Refugio de transición  Calle

Vivir con familia o amigos  Vivienda de apoyo permanente

Sin plan de Vivienda o vivienda inconsistente

¿Vives en una Vivienda pública?  Sí  No

¿Estás en Columbus durante la temporada y resides en otro lugar?  Sí  No

### Información Adicional

**¿Es Columbus su residencia principal?**  Sí  No

*Si la respuesta es No, ¿dónde reside?:* \_\_\_\_\_

**¿Eres trabajador migrante?**  Sí  No

**¿Eres un veterano?**  Sí  No

**Orientación Sexual:**  Lesbianas o Gays  Bisexual  No lo sé  Heterosexual

Elija no revelar

**Identidad de género:**  Masculino  Femenino  Transgénero M a F  Transgénero F a M

Non-Binary  Elija no revelar

**Sexo asignado al nacer:**  Masculino  Femenino  Intersexual  Elija no revelar

**¿Cómo se enteró del centro de salud?** \_\_\_\_\_

**Declaración de ingresos y tamaño del hogar**

Nombre:	Fecha:
---------	--------

Número total de personas en mi hogar (inclúyase usted mismo): \_\_\_\_\_  
**(Este número debe incluir a todas las personas de su hogar de las que es económicamente responsable. Esto significa que usted es responsable de más de la mitad de sus gastos y necesidades.)**

- Por la presente certifico que no hay ingresos en mi hogar.
- Por la presente certifico que soy cliente del Centro de Salud de Faith Mission y que yo, o alguien de mi hogar, recibimos ingresos de las siguientes fuentes:

Salarios del empleo, incluidas las comisiones, propinas, bonificaciones, tarifas, etc.	<b>Yo</b>	\$ _____
	<b>Espos(a)</b>	\$ _____
	<b>Relativo</b>	\$ _____
	<b>Adulto no relacionado</b>	\$ _____
Pagos por desempleo, discapacidad u otros pagos de asistencia pública		\$ _____
Ingresos por operar un negocio, incluido el trabajo por cuenta propia		\$ _____
Ingresos por alquiler de cualquier tipo de propiedad		\$ _____
Pagos del Seguro Social		\$ _____
Anualidades, pólizas inseguras, fondos de jubilación, pensiones o beneficias por fallecimiento		\$ _____
Intereses o dividendos de activos		\$ _____
Cualquier otra Fuente no mencionada anteriormente. Fuente: _____		\$ _____
	<b>Total:</b>	<b>\$ _____</b>

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en este documento es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. El abajo firmante comprende además que proporcionar una representación falsa en este documento constituye un acto de fraude. La información de ingresos falsas, engañosas o incompleta puede resultar en la terminación de los servicios.

_____ Nombre de cliente / persona autorizada (en letra de imprenta)	_____ Firma	____/____/____ Fecha
_____ Nombre de personal	_____ Firma	____/____/____ Fecha

**Consentimiento informado para el tratamiento**

Por la presente doy mi consentimiento para que THE HEALTH CENTER AT FAITH MISSION proporcione un diagnóstico, atención y/o tratamiento, ya sea una visita en persona con mi proveedor o una visita de telemedicina con mi proveedor y por la presente reconozco que dicho consentimiento permanecerá vigente a menos que y hasta que cancele el consentimiento por escrito.

Se me ha pedido que proporcione información sobre los ingresos y el seguro médico para fines de facturación, pero entiendo que no proporcionar dicha información no impedirá que reciba atención y/o tratamiento.

Por la presente reconozco y confirmo que soy mentalmente capaz de dar mi consentimiento informado para la provisión del diagnóstico, cuidado, y/o tratamiento y no estoy sujeto a coacción o influencia indebida.

Por la presente reconozco y entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento informado para el paciente, doy mi consentimiento informado para que THE HEALTH CENTER AT FAITH MISSION proporcione un diagnóstico, atención y/o tratamiento. No puedo presentar un agravio u otra acción similar, incluida una acción sobre un reclamo médico, dental, pediátrico, optométrico, de salud del comportamiento u otro reclamo relacionado con la salud, contra THE HEALTH CENTER AT FAITH MISSION a menos que la acción o misión de los proveedores voluntarios en THE HEALTH CENTER AT FAITH MISSION constituye una mala conducta intencional o lasciva.

***CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD:*** *Todo nuestro personal se adhiere a los estándares profesionales, legales y éticos, en materia de confidencialidad. Al firmar, comprendo que los estatutos nos exigen y/o permiten que notifiquemos a otros específicos en situaciones de homicidio, suicidio y abuso o negligencia de niños o ancianos.*

\_\_\_\_\_  
Nombre Cliente / Persona autorizada para permitir la divulgación

\_\_\_\_\_  
Firma Cliente / Persona autorizada para permitir la divulgación

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre personal / testigo

\_\_\_\_\_  
Firma personal / testigo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

HIPAA

## Formulario de consentimiento del paciente HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

Los términos del aviso pueden cambiar, de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

- La práctica se reserva el derecho de obtener y / o divulgar copias de mis registros médicos a cualquier médico o institución con el propósito de evaluar y / o comparar con el examen y las pruebas que se realizan en mí mismo, con fines de seguro / facturación, operación de atención médica o mental abuso de salud y sustancias (incluido el tratamiento directo o indirecto de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento).
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.

**Este consentimiento fue firmado por (NOMBRE DE LA IMPRESIÓN POR FAVOR):**

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Firma del paciente o representante del paciente*

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SDH**

Sólo para uso de oficina

Fecha escaneada:

Iniciales del personal:

## Los determinantes sociales de la salud

### ¿Cuál es su situación actualmente de su vivienda?

- Tengo vivienda
- No tengo vivienda. (Viviendo con otros, en un hotel, en un albergue, viviendo en la calle, en una playa, o en un parque)
- Prefiero no responder a esta pregunta.

### ¿Le preocupa que pudiera perder su vivienda?

- Sí
- No
- Prefiero no responder a esta pregunta

### ¿Cuál es el nivel escolar más alto que ha completado?

- Menos de un título de escuela secundaria
- Diploma de escuela secundaria o GED
- Más que le escuela secundaria
- Prefiero no responder a esta pregunta

### ¿Cuál es su situación laboral actualmente?

- Trabajo tiempo parcial o temporal (no agrícola)
- Desempleado y buscando empleo
- Trabajo tiempo completo
- Desempleado pero no buscando empleo (ej. estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado)
- Prefiero no responder a esta pregunta

### Actualmente o el año pasado, ¿usted o alguna persona en su hogar tuvieron que privarse de algo que realmente se necesitaba? Marque todo lo que sea aplicable.

- Alimentos
- Ropa
- Servicios
- Cuidado infantil
- Medicina o cualquier cuidado de salud (medico, dental, salud mental, visión)
- Teléfono
- Otro (por favor escríbalo): \_\_\_\_\_
- No tengo problemas para satisfacer mis necesidades.
- Prefiero no responder a esta pregunta

## The Health Center at Faith Mission

**¿La falta de transportación le ha impedido ir a citas médicas, a reuniones, al trabajo, o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? (Marque todas las que aplican)**

- Sí, me ha impedido ir a citas médicas o a recoger mis medicamentos
- Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo, o conseguir cosas que necesito
- No
- Prefiero no responder a esta pregunta

**¿Con qué frecuencia convive o conversa con personas por las que se preocupa y son cercanas a usted? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o reuniones)**

- Menos de una vez por semana
- 1 o 2 veces por semana
- De 3 a 5 veces por semana
- Más de 5 veces por semana
- Prefiero no responder a esta pregunta

**Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso o no puede dormir en la noche porque su mente está preocupada. ¿Usted se siente estresado?**

- Para nada
- Un poquito
- Algunas veces
- Bastante
- Mucho
- Prefiero no responder a esta pregunta

**En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, una prisión, un centro de detención, o en un centro correccional juvenil?**

- Sí
- No
- Prefiero no responder a esta pregunta

**¿Usted es un refugiado?**

- Sí
- No
- Prefiero no responder a esta pregunta

**¿De qué país es?**

- Los Estados Unidos
- País que no sea Los Estados Unidos (por favor escriba)  
• \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder a esta pregunta

## The Health Center at Faith Mission

**¿Se siente físico o emocionalmente seguro donde vive actualmente?**

- Sí
- No
- No estoy seguro
- Prefiero no responder a esta pregunta

**¿El año pasado, tuvo miedo de su pareja o ex – pareja?**

- Si
- No
- No estoy seguro
- En el año pasado no tuve pareja
- Prefiero no responder a esta pregunta

**¿Le gustaría recibir ayuda con alguna de las barreras anteriores que pueda estar experimentando? Tenemos miembros del personal en nuestro equipo que pueden ayudar.  Sí  No**