



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

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 LSS y que yo, o alguien de mi hogar, recibimos ingresos de las siguientes fuentes:**

Salarios del empleo, incluidas las comisiones, propinas, bonificaciones, tarifas, etc.	Yo	\$ _____
	Esposo(a)	\$ _____
	Relativo	\$ _____
	Adulto no relacionado	\$ _____
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 beneficios por fallecimiento		\$ _____
Intereses o dividendos de activos		\$ _____
Cualquier otra Fuente no mencionada anteriormente. Fuente: _____		\$ _____
Total:		\$ _____

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, engañosa 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



Centro de Salud LSS
245 N Avenida Grant
Columbus, Ohio 43215
Teléfono: (614) 224-0747
Fax: (855) 208-4527

Consentimiento informado para el tratamiento

Por la presente doy mi consentimiento para que CENTRO DE SALUD LSS 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 CENTRO DE SALUD LSS 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 CENTRO DE SALUD LSS a menos que la acción o misión de los proveedores voluntarios en CENTRO DE SALUD LSS 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 la 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
- Prefiero no responder a esta pregunta
- Otro (por favor escríbalo): _____
- No tengo problemas para satisfacer mis necesidades.



¿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 estrasado?

- 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)_____



Centro de Salud LSS
245 N Avenida Grant
Columbus, Ohio 43215
Teléfono: (614) 224-0747
Fax: (855) 208-4527

¿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