



# FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

(Por favor complete si su ultima visita fue antes de 4/20/2015)

Fecha de servicio: \_\_\_\_\_ Lugar de Servicio: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PACIENTE (Por favor de proveer la informacion MAS RECIENTE.)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (inicial) (apellido)

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (inicial) (apellido)

# de Social Security del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
(calle)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

# de contacto: Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Trabajo #: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_

Correo Electronico del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion con Paciente: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia #: Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Trabajo #: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANZA (Por favor presente su tarjeta de aseguranza al representante de FHCGA.)

Medicaid  Amerigroup  Care Source  PeachState  WellCare  Medicare  Medicare supplement

Seguro privado  ACA Marketplace/Exchange  Worker's Comp  Discapacidad  Responsabilidad  Otro

Por favor indique el nombre de aseguranza privada: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (como listado en la tarjeta): \_\_\_\_\_ Poliza #: \_\_\_\_\_

POR FAVOR COMPLETE PARTE DE ATRAS,  
FIRMA NECESARIA

**PERSONA RESPONSABLE DE PAGO** (Esta area debe ser completada aun este usando Medicaid, Medicare, o aseguranza privada.)

Relacion con el paciente (por favor marque uno):  Yo  Padre/Guardian  Conyuge  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
 Por favor marque aqui si usted es la persona responsable y la informacion es la misma ya indicada. Solamente complete esta area si su informacion es diferente.

Nombre de persona responsable: \_\_\_\_\_  
(primer nombre) (inicial) (apellido)

Direccion de persona responsable: \_\_\_\_\_  
(calle)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Contacto de persona responsable #: Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de persona responsable: \_\_\_\_\_ Social Security de persona responsable: \_\_\_\_\_

Correo electronico de persona responsable: \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza de persona responsable: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_ Poliza #: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador de persona responsable: \_\_\_\_\_

Direccion del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_

**FIRMA REQUERIDA** (Por favor lea y firme.)

Yo, el firmante, por la presente, expreso y garantizo el pago completo de todos y cada uno de los cargos en contraprestación por los servicios de salud prestados, o por ser prestados, por los THE FAMILY HEALTH CENTERS OF GEORGIA, INC. También reconozco que soy el único responsable del pago De cualquier servicio facturado por un proveedor independiente.

**X** Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHCGA) tiene la obligación por ley de obtener el consentimiento para tratar y divulgar todos los riesgos materiales y tratamientos médicos alternativos. Entiendo que no es posible enumerar cada riesgo material para cada Procedimiento o tratamiento médico y que este formulario solo intenta identificar los riesgos materiales más comunes y las alternativas asociadas con el Procedimiento o los tratamientos médicos.

El tratamiento médico o los procedimientos pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

1. Agujas de jeringuillas, como inyecciones (vacunas). Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimiento incluye, entre otros, daño neurológico, infección, o contusiones. Entre las alternativas a las agujas de jeringuillas (si están disponibles) se incluyen medicamentos orales, rectales, nasales o tópicos (cada uno de los cuales puede ser menos efectivo), o negación de tratamiento médico.
2. Pruebas físicas, evaluaciones y tratamientos médicos, como signos vitales, exámenes internos del cuerpo, limpieza de heridas, vendaje de heridas, rango de verificaciones de movimiento, y otros procedimientos similares. No existe ningún riesgo grave conocido asociado con estos procedimientos. El tratamiento médico puede consistir en tratamiento para enfermedades (es decir, estreptococos, infecciones del oído, conjuntivitis aguda, rasguños, esguinces, cortes, chequeos de rutina, etc.).
3. Administración de medicamentos ya sea de forma oral, rectal, tópica o a través del ojo, oído o la nariz. Los riesgos materiales asociados con estos tipos de Procedimientos incluyen, entre otros, perforación, punción, infección, o reacción alérgica. Además de variar el método de administración o el rechazo de tratamiento médico, no existen alternativas médicas.
4. Extracciones de sangre, fluidos corporales o muestras de tejido, como las realizadas para pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos materiales asociados con estos tipos de Procedimientos incluyen, entre otros, la infección, el sangrado, o el daño neurológico. Además de la observación a largo plazo o el rechazo de tratamiento médico, no existen alternativas médicas.

#### AL FIRMAR ESTE FORMULARIO:

- Yo doy mi consentimiento a los profesionales de atención médica de FHCGA para proporcionar tratamiento médico y procedimientos conforme a lo que ellos consideren razonablemente necesario en el ejercicio de su juicio profesional, incluidos aquellos procedimientos que pueden ser imprevistos o desconocidos como necesarios al momento en el que se obtiene este consentimiento; y
- Reconozco que me he informado en términos generales acerca de la naturaleza y el propósito del tratamiento médico y los procedimientos, los riesgos materiales de los procedimientos, y las alternativas prácticas a los procedimientos.
- Si tengo alguna pregunta o inquietud con respecto a estos tratamientos médicos o procedimientos, le preguntaré a mi médico para que me proporcione información adicional.
- Con el fin de garantizar la seguridad médica y la falta de interacciones entre medicamentos, concedo a FHCGA y a su personal el derecho a acceder a la información electrónica de mi farmacia y mis recetas.
- Reconozco que he leído y comprendo la información anterior y le doy permiso para que me brinden asistencia a mí hijo(s).
- I acknowledge that I have read and understand the above information and I give permission for myself or my child's healthcare as described.

Firma del paciente (o persona autorizada a firmar): \_\_\_\_\_

Nombre en letras de imprenta del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha firmada: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Motivo por el que el paciente no puede firmar (si corresponde): \_\_\_\_\_

Reconosca recibo de los avisos de prácticas de privacidad (HIPAA): Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de privacidad

Firma del paciente (o persona autorizada a firmar): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorización para **tratamiento médico por parte de un asistente médico**: Entiendo que The Family Health Centers of Georgia, Inc. y sus afiliados utilizan proveedores de nivel medio con certificación (es decir; asistentes médicos (PA), etc.) para tratar a pacientes por el nivel de atención por el cual han sido aprobados por la Junta del estado de Georgia de los examinadores médicos. Su firma en este formulario comunica que usted está de acuerdo con ser tratado por un proveedor de nivel medio, que este actuando bajo supervisión de un médico.

Firma del paciente (o persona autorizada a firmar): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_