



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

(Debe ser completado por TODO PACIENTE anualmente.)

Fecha de Servicio: _____ **Lugar de Servicio:** _____

Paciente Nuevos: Como usted supo de nosotros? _____

INFORMACION DEL PACIENTE (Favor de proveer su informacion MAS RECIENTE.)

Nombre del Paciente: _____
(primer) (inicial) (apellido)

Nombre del Padre/Guardian: _____
(primer) (inicial) (apellido)

Social Security del Paciente #: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Raza: Afro-Americano Blanco Indio Americano/Alasqueño Asiatico Hawaiano
 Isleño Pacifico mas de una raza prefiero no divulgar

Es usted Hispano/Latino: si no

Idioma principal: Ingles Otro _____

Direccion del Paciente: _____
(calle)

Ciudad: _____ Estado: _____ Apartado Postal: _____

Contacto #: Hogar #: _____ Celular #: _____

Trabajo #: _____ Otro #: _____

Correo Electronico del Paciente: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____

Contacto de Emergencia #: Hogar #: _____ Celular #: _____

Trabajo #: _____ Otro #: _____

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE (Por favor marque el adecuado en cada categoria)

Poblacion Especial

- Viviendo con otros
- Sin Hogar
- Trabajador Agricola Migrante
- Otro (hotel, motel, pago diario)
- Viviendo Publica (Vive o acceso)
- Paciente de Centro de Salud basado en una escuela
- Trabajador Agricola temporal
- Refugio
- Calle (carro, afuera)
- Vivienda Transitoria
- Veterano
- Ninguno

Identificacion de Genero

- Hombre
- Mujer
- Hombre transgenero/Mujer a Hombre
- Mujer transgenero/Hombre a Mujer
- Otro (No binario)
- Prefiero no decir

Orientacion Sexual

- Lesbiana/Homosexual
- Derecho/a
- BiSexual
- Otro
- No estoy seguro
- Prefiero no decir

FAVOR COMPLETAR PARTE DE ATRAS,
FIRMA REQUERIDA

REPORTE DE INGRESOS

Numero de personas viviendo en su casa: _____ Ingreso familiar _____ [] Prefiero no divulgar

INFORMACION DE SEGURO (Favor presentar tarjeta de seguro al representante de FHCGA)

[] Medicaid [] Amerigroup [] Care Source [] PeachState [] WellCare [] Medicare [] Medicare suplementario
[] Seguro privado [] ACA Mercado de Salud [] Compensacion de trabajadores [] Desabilitado [] Responsabilidad
[] Otro

Indique Nombre de la Compañía de Seguro si es privado: _____

Nombre de Asegurado (como aparece en la tarjeta): _____ Numero de Poliza #: _____

[] Marque aqui si quiere que FHCGA sea su proveedor primario (PCP)

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) (inicial) (apellido)

Domicilio de Persona Responsable: _____
(calle)

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Contacto de Persona Responsable #: Domicilio #: _____ 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 #: _____

Empleador de Persona Responsable: _____

Direccion del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono #: _____ Fax #: _____ Correo electronico: _____

FIRMA REQUERIDA (Por favor lea y firme abajo.)

Yo, el abajo firmante, expresamente garantizo el pago completo de todos los cargos en consideración por los servicios de atención médica prestados o por ser prestados por THE FAMILY HEALTH CENTERS OF GEORGIA, INC. También reconozco que soy el único responsable de los pagos de cualquier servicio facturado por un proveedor independiente.

X Firma: _____ Fecha: _____



AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

(Para ser completado por TODO PACIENTE anualmente.)

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

Los tratamientos y/o procedimientos médicos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Aguja, como inyecciones (inyecciones). Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimientos incluyen, pero no se limitan a, daño a los nervios, infección o hematomas. Las alternativas a las agujas (si están disponibles) incluyen medicamentos orales, rectales, nasales o tópicos (cada uno de los cuales puede ser menos efectivo); o rechazo de tratamiento médico.

2. Pruebas físicas, evaluaciones y tratamientos médicos (por ejemplo, signos vitales, exámenes internos del cuerpo, limpieza de heridas, vendaje de heridas, control de rango de movimiento); y otros procedimientos similares. No se conocen riesgos importantes asociados con estos procedimientos. El tratamiento médico puede consistir en el tratamiento de enfermedades (por ejemplo, inflamación de la garganta, infecciones del oído, ojos rosados, raspaduras, distensiones, cortes, chequeo de niños sanos).

3. Administración de medicamentos ya sea por vía oral, rectal, tópica o a través del ojo, oído o nariz. Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimientos incluyen, entre otros, perforación, punción, infección o reacción alérgica. Además de variar el método de administración y / o el rechazo del tratamiento médico, no existen otras alternativas prácticas.

4. Extracción de sangre, fluidos corporales o muestras de tejido, como la que se realiza para pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos importantes asociados con este tipo de procedimientos incluyen, entre otros, infección, hemorragia o daño a los nervios. Además de variar la observación a largo plazo y/o el rechazo del tratamiento médico, no existen otras alternativas prácticas.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO:

- **Doy mi consentimiento a los profesionales de atención médica de FHCGA que realizan tratamientos médicos y procedimientos** cuando lo consideren razonablemente necesario en el ejercicio de su juicio profesional, incluidos aquellos procedimientos que pueden ser imprevistos o no se sabe que se necesitan al momento de obtener este consentimiento.
- Reconozco que he recibido información en términos generales sobre la naturaleza y el propósito de los tratamientos y procedimientos médicos, los riesgos materiales de los procedimientos y las alternativas prácticas a los procedimientos.
- Si tengo alguna pregunta o inquietud con respecto a estos tratamientos o procedimientos médicos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional.
- Con el fin de asegurar la seguridad de los medicamentos y la falta de interacciones entre medicamentos, concedo a FHCGA, a su personal y a sus afiliados autorizados el derecho de acceder a mi farmacia e información de prescripción.
- Entiendo que es mi elección recibir servicios voluntarios de planificación familiar confidencial.
- Reconozco que he leído y entiendo la información anterior y doy permiso para mí o la atención médica de mi hijo como se describe.

Firma del Paciente (o representante autorizado): _____

Nombre del Paciente printeado: _____ Fecha: _____

Relacion con Paciente: _____ Razon paciente no puede firmar (si aplica): _____

Acuse de recibo de Avisos de Prácticas de Privacidad para información médica protegida (HIPAA): Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente (o persona autorizada): _____ Fecha: _____

Autorización para **tratamiento médico por parte de los proveedores de nivel medio**: entiendo que The Family Health Centers of Georgia, Inc. y sus afiliados utilizan proveedores certificados de nivel medio (por ejemplo, asistentes médicos (PA), enfermeras practicantes (NP), etc.) para tratar pacientes para el nivel de cuidado para el cual han sido aprobados por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Georgia. Mi firma en este formulario transmite que estoy de acuerdo con que me trate un proveedor de nivel medio, que actúa bajo la supervisión directa de un médico.

Firma del Paciente (o representante autorizada): _____ Fecha: _____



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Expediente Medico #: _____

1. Autorizo el uso o divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación.

2. El siguiente individuo u organización está autorizado a hacer la divulgación:

- THE FAMILY HEALTH CENTERS OF GEORGIA, INC.
868 York Avenue, SW | Atlanta, GA 30310
P: 404.752.1400 | F: 404.752.1404

3. El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará es la siguiente: (incluya fechas cuando corresponda.)

- Informes de Consultas Nombre del Medico (s) _____
- Expediente Medico Completo
- Expediente de Vacunas
- Resultados de Laboratorios de (fecha) _____ a (fecha) _____
- Lista de Alergias
- Lista de Medicamentos
- Resumen de Alta Medica mas reciente
- Historia Fisica mas reciente
- Lista de Problemas de (fecha) _____ a (fecha) _____
- Reporte de Radiografias e imagines de (fecha) _____ a (fecha) _____
- Otro _____

4. Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo derecho a restringir qué información se puede divulgar. Además, entiendo que debo indicar esas restricciones antes de firmar este formulario de Autorización para Divulgar Información de Salud.

5. Esta información puede ser divulgada a y utilizada por la siguiente persona u organización:

Direccion: _____

Para el proposito de: _____

6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta información, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de administración de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo según mi póliza. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición:

Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en seis (6) meses.

7. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en CFR 164-524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.

Padre/Guardian

Relacion con paciente

Fecha

Testigo

Fecha