



# FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE CENTROS DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

(Debe ser completado por TODO PACIENTE anualmente.)

**Fecha de Servicio:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PACIENTE (Favor de proveer informacion MAS ACTUAL.)

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

Nombre de 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  elijo no especificar

Es usted Hispano/Latino:  si  no

Idioma principal:  Ingles  Otro \_\_\_\_\_

Direccion del Paciente: \_\_\_\_\_  
(calle)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Apartado Postal: \_\_\_\_\_

Contacto #: Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_

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

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_

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

## DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

**Poblacion especial (Marque todos los que le aplican.)**

- Temporalmente viviendo con otros
- Sin hogar
- Trabajador Agricola Inmigrante
- Otro (hotel, motel, otro lugar de pago dia a dia)
- Viviendo Publica (Vive o tiene acceso a)
- Paciente de el Centro Basado en la Escuela
- Trabajador Agricola Temporal
- Refugio
- Calle (carro, afuera, reugio por horario)
- Vivienda Transitoria
- Veterano
- Ninguno de los anteriores

POR FAVOR COMPLETE PARTE DE ATRAS  
FIRMA REQUERIDA

**INFORMACION DEL SEGURO (por favor presente su tarjeta de aseguranza al representante de FHCGA.)**

Medicaid  Amerigroup  Care Source  PeachState  WellCare  Medicare  Medicare supplement  
 Aseguranza privada  ACA Mercado de Salud  Worker's Comp  Discapacidad  Seguro de Riesgo  Otro

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

Nombre de Miembro (como se indica en la tarjeta): \_\_\_\_\_ Numero de Poliza #: \_\_\_\_\_

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

Relacion con el paciente (Marque uno):  Usted  Padre/Guardian  Espos(a)  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
 **Marque aqui si usted es la persona responsable y la informacion es la misma que usted dio anteriormente. Solo complete la porcion de abajo si la informacion es diferente.**

Nombre de parte responsable: \_\_\_\_\_  
(primer) (inicial) (apellido)

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

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

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

Fecha de nacimiento de persona responsable: \_\_\_\_\_ Seguro Social de persona responsable #: \_\_\_\_\_

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

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

Nombre del Miembro (como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_ Numero de 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 del pago 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 pinteado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relacion con Paciente: \_\_\_\_\_ Razon paciente no puede firmar (si aploca): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD MÉDICA CONDUCTUAL

## **AUTORIZACIÓN GENERAL:**

Yo, el paciente abajo firmante o representante legal, por el presente autorizo a Family Health Centers of Georgia, Inc. a usar, revisar, brindar, divulgar y transmitir la información médica y mental, así como los registros relacionados conforme a lo especificado a continuación, al destinatario mencionado a continuación. El método de divulgación debe ser relevante a la necesidad y puede incluir fotocopias, copias por fax, copias escaneadas, correo postal, correo expreso, archivos informáticos, correo electrónico, revisión personal, inspección, teléfono, comunicación electrónica o verbal.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # de registro médico: \_\_\_\_\_  
 Fecha del servicio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ # de apartamento \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DIVULGADA A

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_  
 Propósito: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA:**

Yo específicamente autorizo la divulgación de información respecto a los siguientes tipos de registros, servicios, tratamientos, atención y los tipos de afecciones médicas, restringidas a las siguientes fechas:

lista de problemas Desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_  
 lista de medicamentos  
 lista de alergias  
 registro de vacunación  
 antecedentes médicos y exámenes físicos más recientes  
 resumen de altas médicas más recientes  
 resultados de laboratorio Desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_  
 rayos X e informes de imágenes Desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_  
 informes de consulta Desde (nombres de los médicos) \_\_\_\_\_  
 todo el registro  
 otro \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL:**

Yo autorizo el permiso especial o autorizo la divulgación de la siguiente información: **(Iniciales requeridas para cada elemento)**

\_\_\_\_\_ registro de salud mental/conductual  
 \_\_\_\_\_ evaluaciones psicológicas  
 \_\_\_\_\_ información psicológica/psiquiátrica (excluye las notas de psicoterapia que requieren un comunicado por separado)  
 \_\_\_\_\_ información sobre abuso de alcohol/drogas/sustancias  
 \_\_\_\_\_ información relacionada con VIH/SIDA/ETS  
 \_\_\_\_\_ información sobre abuso físico o sexual

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante una notificación por escrito, excepto en el caso en que ya se hayan tomado medidas para cumplir con la misma. **Esta autorización expirará automáticamente en 90 días** o al momento de cumplir con el propósito o necesidad de información conforme a lo especificado anteriormente, o conforme a lo limitado por ley. Esta autorización no se verá afectada por mi muerte, discapacidad o inhabilitación. Entiendo que si un destinatario no es una entidad con cobertura conforme a las leyes de privacidad y reglamentaciones, la información divulgada o utilizada conforme a esta autorización puede divulgarse más detalladamente a otras partes y ya no estará protegida por las leyes y normativas.

## **PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:**

derivación  investigación legal  seguro  indemnización por accidentes laborales  
 determinación de discapacidad  cambio de Dr.  personal  otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona (tutor o Representante del Estado)

\_\_\_\_\_  
Fecha