

Primario: \_\_\_\_\_ Dental: \_\_\_\_\_ Prenatal: \_\_\_\_\_

**Formulario de registro del paciente (2 páginas)**

Nuevo  Anual

**Ubicación del hogar:**  Families First  HH  Goodwin Community Health  Lilac City Pediatrics

**PACIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo (al momento de nacer):  M  F

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **¿Se puede dejar un mensaje de voz?**  Sí  No

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **¿Se puede dejar un mensaje de voz?**  Sí  No **¿Le podemos enviar un mensaje de texto?**  Sí  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ (acceso al portal del paciente disponible si se solicita)

**Estado civil:**  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Viudo/a

**Origen étnico:**  Hispano  No hispano

**Raza:**  Caucásico  Asiático  Nativo de Hawai/isleño del Pacífico  Negro/afroamericano  Indio americano  Multiracial  Otra \_\_\_\_\_

**Estado de veterano:**  Veterano  No veterano

**Ciudadano de EE. UU.**  Sí  No

**Estado de trabajo agrícola:**  No agrícola  Temporada  Emigrante  Empleado todo el año  Granjero retirado

**Identidad de género:**  M  F  Mujer a hombre  Hombre a mujer  Genderqueer  Otro \_\_\_\_\_  Prefiere no contestar

**Pronombres preferidos:**  Él/su  Ella/su  Ellos/sus  Otro \_\_\_\_\_

**Orientación sexual:**  Lesbiana o gay  Heterosexual  Bisexual  Alguna más \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  No sabe  Prefiere no contestar

**Vivienda:**  Renta  En propiedad  Vive con parientes/amigos  Albergue  Otra vivienda temporal \_\_\_\_\_

**Lenguaje:** \_\_\_\_\_ **¿Es sordo/a?**  Sí  No *Se puede proporcionar un intérprete durante la atención, si se solicita*

**PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:** (Complete si el paciente tiene menos de 18 años de edad o tiene un tutor legal)

1.) Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Madre  Padre Otra (indique): \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

2.) Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Madre  Padre Otra (indique): \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** (En una situación de emergencia, se informará a la persona que se indica a continuación que usted está recibiendo atención en nuestro centro)

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Es aceptable hablar respecto a  Atención médica  Citas Hospital local preferido: \_\_\_\_\_

**\*PARA TENER COBERTURA QUIZÁS SEA NECESARIO NOTIFICAR A LA COMPAÑÍA DE SEGURO DE SU PROVEEDOR. ESTO ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Nombre del seguro principal:** \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Nombre del seguro dental/secundario:** \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ FN del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador que ofrece la cobertura de seguro: \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo ha oído hablar sobre nosotros? \_\_\_\_\_ **(Solo pacientes nuevos)**

2. ¿Está transfiriendo su atención desde otro consultorio médico o dental?  Sí  No Si respondió que sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/tutor legal:** X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA OFICINA - NOTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

APROBACIÓN  DENEGACIÓN Vence el: \_\_\_\_\_  
Descuento y categoría de tarifa gradual: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Encuentre el tamaño de su familia y luego siga esa fila y **circule** el nivel que más se acerque a **sus ingresos familiares anuales**. Esto nos ayuda a atender los requisitos de las subvenciones estatales y federales que recibimos.

| Tamaño de la familia | Entre          | Entre               | Entre               | Entre               | Más de   |
|----------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------|
| 1                    | \$0 - \$12,880 | \$12,881 - \$17,774 | \$17,775 - \$21,896 | \$21,897 - \$25,760 | \$25,761 |
| 2                    | \$0 - \$17,420 | \$17,421 - \$24,040 | \$24,041 - \$29,614 | \$29,615 - \$34,840 | \$34,841 |
| 3                    | \$0 - \$21,960 | \$21,961 - \$30,305 | \$30,306 - \$37,332 | \$37,333 - \$43,920 | \$43,921 |
| 4                    | \$0 - \$26,500 | \$26,501 - \$36,570 | \$36,571 - \$45,050 | \$45,051 - \$53,000 | \$53,001 |
| 5                    | \$0 - \$31,040 | \$31,041 - \$42,835 | \$42,836 - \$52,768 | \$52,769 - \$62,080 | \$62,081 |
| 6                    | \$0 - \$35,580 | \$35,581 - \$49,100 | \$49,101 - \$60,486 | \$60,487 - \$71,160 | \$71,161 |
| 7+                   | \$0 - \$40,120 | \$40,121 - \$55,366 | \$55,367 - \$68,204 | \$68,205 - \$80,240 | \$80,241 |

**SOLICITUD PARA DESCUENTO DE TARIFA GRADUAL** Greater Seacoast Community Health ofrece un descuento basado en los ingresos a los pacientes que no tengan seguro médico o a aquellos cuyo seguro no les cubra determinados servicios (tal como atención dental o de salud conductual).

**Para aplicar por el descuento de tarifa gradual**, complete la tabla a continuación. Los descuentos se basan en el tamaño de la familia y en los ingresos de la unidad familiar. Debe presentar **prueba de ingresos** en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de servicio o la fecha que aparece en este formulario.

Le diremos cuál será su descuento y categoría de tarifa gradual y será elegible para este descuento **durante un año**.

**Ejemplos de tipos de ingresos:**

- Seguridad Social
- Manutención de hijos
- Negocio
- Discapacidad
- Pensión alimenticia
- Otros
- Jubilación
- Pagos de «bienestar»

**Ejemplos de comprobantes de ingresos:**

- 4 semanas de comprobantes de pago actuales y consecutivos
- Declaración de impuestos actual
- 4 semanas de comprobantes de los cheques de **desempleo**

Si aplica para el descuento de la tarifa gradual, proporcione la siguiente información sobre usted y todas las personas de su unidad familiar.

| Nombre (primer, inicial segundo nombre, apellido) | Sexo | Relación con usted | Fecha de nacimiento                    | Ingresos y frecuencia | Tipo de ingreso |
|---|------|--------------------|--|-----------------------|-----------------|
|   |      | Uno(a) mismo(a)    |  | \$                    |                 |
|   |      |                    |  | \$                    |                 |
|   |      |                    |  | \$                    |                 |
|   |      |                    |  | \$                    |                 |
|   |      |                    |  | \$                    |                 |
| <b>Tamaño de la familia:</b>                      |      |                    | <b>Ingresos de la unidad familiar:</b> | \$                    |                 |

La información arriba proporcionada es actual y exacta, según mi leal saber y entender. Entiendo que si se encuentra que la información proporcionada no es exacta, se podría revertir cualquier descuento concedido.

**ESTOY** solicitando el descuento.  **NO** estoy solicitando el descuento.  Infórmeme sobre las opciones de seguro médico que tengo disponibles.

Firma del padre/la madre/tutor legal: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:**

Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_  
 Categoría 1     Categoría 2     Categoría 3     Categoría 4     Pago completo  
 Costos médicos habituales:  \$30     40%     60%     80%     Pago completo  
 Pagos dentales básicos:  \$40     50%     65%     80%     Pago completo  
 Pagos dentales importantes:  \$40+     60%     75%     90%     Pago completo

Basado en un POI de \$ \_\_\_\_\_  mensual     anual     rechazado

Nombre del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por: Supervisor de la oficina o designado autorizado \*La verificación y aprobación se refleja con las iniciales, fecha y categoría directamente en los ingresos (sujeto a revisión adicional).  
 Actualizado el 4/2021

# Consentimiento informado

---

Greater Seacoast Community Health (incluyendo Goodwin Community Health, Families First Health Center y Lilac City Pediatrics) pide a nuestros pacientes que entiendan y acepten la información que se incluye en este documento. Hay más información disponible en otros documentos, tal como se indica a continuación. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de esta información, pregunte al personal de nuestra oficina.

## **Consentimiento general para diagnóstico ambulatorio, atención médica y tratamiento**

- He venido voluntariamente a Families First, Goodwin Community Health o Lilac City Pediatrics en busca de servicios de atención médica, dental y/o de salud del comportamiento.
- Autorizo a los proveedores de estos consultorios a realizar exámenes y pruebas, a hacer remisiones y a brindar los procedimientos y el tratamiento que sean necesarios para mi diagnóstico y atención.
- Estos servicios se pueden ofrecer en el consultorio o mediante telesalud (teléfono o video), tal como se acordó cuando se programó mi cita.
- Entiendo que cualquier tratamiento médico tiene posibles riesgos y beneficios. Entiendo que debo consultar las inquietudes que tenga sobre los posibles riesgos y beneficios de dicho tratamiento con los proveedores de atención médica que me atiendan o con los proveedores de mi hijo.
- Entiendo que Greater Seacoast Community Health brinda una amplia gama de servicios integrados en múltiples lugares, incluidos los servicios médicos, dentales, de salud mental, de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, de trabajo social, familiares y otros. Entiendo que el personal de Greater Seacoast que proporciona estos diferentes servicios puede compartir información, según sea necesario, para mejorar la calidad y continuidad de mi atención.

## **Confidencialidad, privacidad y divulgación de información médica**

- Las leyes federales y estatales aseguran la confidencialidad de la comunicación entre el paciente y los proveedores médicos. No podemos ni divulgaremos los expedientes médicos a nadie más, salvo que el paciente nos dé su autorización por escrito para hacerlo, o bajo determinadas exenciones legales en virtud de las leyes. Estas exenciones incluyen cuando los miembros del personal tienen sospecha de abuso, negligencia o explotación de un niño o adulto incapacitado, o cuando los pacientes puedan autolesionarse o dañar a los demás. Nuestro personal está obligado por ley a notificar estas situaciones.
- Greater Seacoast está obligado por ley a mantener la privacidad de la información médica de los pacientes y a proporcionar a los pacientes el Aviso de las prácticas de privacidad. (A continuación se ofrece información sobre este aviso).
- Greater Seacoast puede compartir información sobre los pacientes, incluida información médica protegida e información sobre el consumo de alcohol y drogas, con un proveedor remitente y/o socio médico integrado con quien Greater Seacoast tenga un acuerdo de asociados comerciales para la continuidad de la atención del paciente. (Un acuerdo de asociados comerciales es un contrato firmado con otro negocio o proveedor de atención médica. Exige que ambas partes mantengan la confidencialidad de la información de los pacientes).

## **Servicios de salud del comportamiento**

- Los proveedores de salud mental y salud del comportamiento de Greater Seacoast Community Health forman parte del equipo de atención primaria. Cualquier información que un paciente proporcione a los proveedores de salud mental, incluida la información sobre salud mental y consumo de alcohol y drogas, se registra en el expediente médico electrónico. Los proveedores y el personal de apoyo implicado en su atención médica o a quienes se les requiera procesar información médica para fines administrativos, pueden acceder a este expediente sin autorización.

- Bajo la ley de Nuevo Hampshire, los menores a partir de 12 años de edad pueden acudir voluntariamente ellos mismos a tratamiento por dependencia de drogas u otro problema relacionado con las drogas sin el consentimiento del padre/la madre o tutor legal. Cualquier registro relacionado con dicho tratamiento es confidencial, salvo que el menor examinado o tratado lo autorice por escrito.

#### **Acuerdo de responsabilidad financiera y asignación de beneficios**

- Autorizo a Greater Seacoast Community Health a facturar y recibir pago de mi compañía de seguro médico por los servicios ofrecidos.
- Entiendo que soy financieramente responsable por todos los gastos incurridos que no cubra mi compañía de seguro médico o la compañía de seguro médico de mi hijo, incluidos entre otros, deducibles y copagos.
- Autorizo la divulgación de la información médica personal necesaria para presentar una reclamación y auditoría con mi compañía de seguro médico y asignar beneficios al proveedor o grupo indicado en la reclamación.

#### **Acuerdo de «campus seguro» para la ubicación de Portsmouth**

- Entiendo que a algunas personas no se les permite estar en el Community Campus de Portsmouth (donde se encuentra el Families First Health Center) en virtud de las normas que ha establecido el propietario del edificio, Foundation for Seacoast Health. Esto aplica a personas que se haya determinado que son agresores sexuales, tal como define la 651-B; las personas que se haya determinado que son agresores sexuales infantiles, tal como define la RSA 651-B, y personas que puedan suponer un riesgo para la seguridad de otros. Entiendo que si se determina que estoy en cualquiera de estas categorías: 1) Debo abandonar inmediatamente el Community Campus y no puedo regresar; 2) me expulsarán inmediatamente de Families First y no puedo recibir ningún servicio más allá pero puedo recibir servicios en otros lugares de Greater Seacoast Community Health; 3) Families First divulgará inmediatamente mi nombre y dirección a Foundation for Seacoast Health; y 4) Ni Families First ni Foundation for Seacoast Health pueden ser considerados responsables por la divulgación de mi nombre y dirección a Foundation for Seacoast Health.

#### **Documentos**

Lea estos tres documentos en línea, disponibles si lo solicita al personal de la oficina y también en línea en [www.GetCommunityHealth.org/Patient-Info](http://www.GetCommunityHealth.org/Patient-Info)

1. Aviso de privacidad de los pacientes y uso y divulgación de información médica
2. Derechos y responsabilidades de los pacientes en un centro médico enfocado en los pacientes
3. Política financiera

#### **Confirmación del paciente**

*Entiendo la información que se incluye en este documento de consentimiento informado. Acepto las condiciones establecidas en el consentimiento informado y en los otros documentos mencionados anteriormente. Se han respondido todas las preguntas que tenía sobre este consentimiento. Este consentimiento permanecerá en vigor, salvo que lo revoque por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma (paciente o padre/madre/tutor legal/agente de atención médica)

\_\_\_\_\_  
Fecha