

Información del Paciente			
Nombre Legal del Paciente: Apellido, Nombre, Segundo Nombre		Nombre de Preferencia	Fecha
Fecha de Nacimiento (M-D-A)	Sexo Asignado al Nacer: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	Nombre de Soltera de su Mamá:	Idioma que Prefiere (incl. Lenguaje de Signos Americano -ASL): <input type="checkbox"/> Requiere Traducción
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número Telefónico
Dirección de Envío: (si es diferente a su dirección de arriba)			1. Casa
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	2. Móvil
Preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil		Mejor hora para llamar al número de contacto preferido (seleccione 1 opción) <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	
Correo Electrónico para el Portal del Paciente: *Mayores de 18 años de edad			
Información de Seguro		Farmacia (Nombre y Número Telefónico)	
Nombre del Seguro:		1.	
Identificación del Seguro:		2.	
Mi Doctor			
Nombre del Doctor Primario (PCP):		Dirección del Doctor Primario:	
CONOCIENDOLO			
Requerimos la siguiente información con el fin de comprender mejor a nuestra población y cumplir con nuestros requisitos de presentación de informes al gobierno federal. Las opciones para estas preguntas fueron proporcionadas por aquellas organizaciones que analizan esta información y de ninguna manera afectan la atención que recibe. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio seleccionando la mejor respuesta a estas preguntas. Gracias.			
Ingresos:		Estado Veterano:	
Número de personas que vivan en su hogar, incluyéndose usted: _____		¿Es usted un veterano de los Estados Unidos?	
Ingresos anuales anticipados en su hogar este año: \$ _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Migratorio / Trabajador Temporario			
En los últimos 24 meses (incluyendo el presente), ¿Usted a trabajado como agricultor o en una granja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si es así: <input type="checkbox"/> Temporario <input type="checkbox"/> Migratorio			
Estado de Hogar			
<input type="checkbox"/> Vivo en mi propio apartamento/casa, el cual es mi residencia permanente.			
<input type="checkbox"/> Permanentemente comparto hogar con alguien/otra familia (estable, residencia permanente en un hogar de acogida, un hogar grupal o de transición/vive a largo plazo con miembros de la familia extensa)			
<input type="checkbox"/> Temporalmente me junte con alguien/otra familia a hogares (no es una residencia estable/no es permanente/puedo estar a riesgo de perder residencia nocturna/no pago alquiler) Duplicar			
<input type="checkbox"/> Me quedo con diferentes personas en sus hogares y me mudo seguido de una casa a otra - transicional			
<input type="checkbox"/> Vivo en un albergue <input type="checkbox"/> Vivo en un hotel/motel			
<input type="checkbox"/> Vivo en un hogar transicional (cuarto o apartamento en una residencia con servicios de apoyo)			
<input type="checkbox"/> Vivo en la calle/carro/parque/carpa/edificio abandonado			
Raza & Etnicidad			
Ráza (seleccione uno o más)			
<input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino(a) <input type="checkbox"/> Filipino(a) <input type="checkbox"/> Japonés(a)	<input type="checkbox"/> Coreano(a) <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Asiáticos Otros <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Negro/Afro- Americano	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Me niego a proveer esta información
Etnicidad (Seleccione uno)			
<input type="checkbox"/> Mexicano(a)/Mexicano(a) Americano(a)/Chicano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a)		<input type="checkbox"/> Otro origen Hispano(a)/Latino(a) o Español <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/No Latino(a) o origen Español <input type="checkbox"/> Me niego a proveer esta información	
Orientación Sexual & Identidad de Género:			
Orientación Sexual (seleccione uno)		Identidad de Género (seleccione uno)	
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Nosé <input type="checkbox"/> Eligo no revelar <input type="checkbox"/> Algo más/Otro	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Eligo no revelar	<input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Algo más/Otro

Empleo & Estado Estudiantil	
Empleo (seleccione uno)	Estudiante (seleccione uno)
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo Nombre del Trabajo: _____  <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Militar Reservado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Propio Empleo
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial Nombre de la escuela: _____ <input type="checkbox"/> No soy estudiante	
<b>Consentimiento para Recibir Mensajes de Texto</b>	
Recibiré mensajes de Cornerstone Family Healthcare. Dichos mensajes de texto/voz pueden incluir recordatorios de citas, atención preventiva/relacionada con el cuidado de su diagnóstico y materiales de educación para la salud. Esto excluye información sobre VIH, abuso de sustancias y salud mental.	
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje de voz <input type="checkbox"/> Mandar mensaje de texto (*pueden aplicarse tarifas MSG & data) <input type="checkbox"/> No a ningún mensaje	
<b>Consentimiento para Divulgar Información Médica/Dental</b>	
Por la presente doy consentimiento a las siguientes personas para que tengan acceso y obtengan copias de mi información médica/dental. Esto incluye historial de salud, información de exámenes, pruebas y resultados de laboratorio. Se proporcionará información, basada en mi consentimiento a continuación.	
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____  Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____	
NOTA: Si bien se está autorizando a la persona mencionada anteriormente a tener acceso a sus registros, ellos no están autorizados a acceder a información confidencial, como información/estado de VIH, información de salud mental, resultados notificables por el estado y/o información sobre alcohol y sustancias. Si desea autorizar el acceso a esos registros confidenciales, debe firmar un consentimiento por separado para cada solicitud.	
<b>Consentimiento para Pacientes de Pediatría</b>	
El Padre/Guardián autoriza a las siguientes personas a traer a su niño(a) a Cornerstone Family Healthcare	
Nombre: _____ Relación: _____	
<b>Consentimiento para el Portal del Paciente</b>	
Yo autorizo que las siguientes personas tengan acceso SIN RESTRICCIÓN a mi cuenta del portal del paciente. Esto incluiría acceso a todo mi historial médico, incluyendo información relacionada con la salud mental sin límite, abuso de sustancias y el estado de VIH	
Nombre: _____ Correo Electrónico: _____ Relación: _____	
<b>CONTACTO DE INFORMACION DE EMERGENCIA</b>	
En el evento en que no podamos contactarlo para hablar acerca de resultados importantes, o si hay una emergencia médica durante una de sus visitas, Cornerstone Family Healthcare contactará a la persona que usted indique aquí.	
Nombre: _____ Relación: _____  Teléfono: _____ Seleccione el tipo: <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
** Por favor tenga en cuenta que la persona que usted designó no tiene derecho a su (o de su hijo(a)) historial médico protegido. Si usted desea designar a esta persona para decirle su (o de su hijo(a)) información, por favor complete la sección apropiada en la parte de arriba.**	
<b>Asignación de Beneficios:</b> Autorizo el pago de los beneficios del seguro a Cornerstone Family Healthcare por los servicios médicos, dentales y/o de radiología que me hayan brindado. Autorizo la divulgación de información médica o de otro tipo necesaria para determinar la elegibilidad y la cobertura de beneficios. Entiendo que financieramente seré responsable por los cargos no cubiertos por mi seguro. Es mi responsabilidad notificar a Cornerstone Family Healthcare sobre cualquier cambio en mi cobertura de atención médica.	
Iniciales del Paciente: _____	
<b>Aviso de prácticas de privacidad y reconocimiento de HIPAA:</b> Cornerstone Family Healthcare se compromete a proteger su información médica personal (PHI) y cumplir con las leyes federales y estatales, como HIPAA. Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo cómo se puede usar mi PHI, así como mis derechos y los derechos de Cornerstone Family Healthcare con respecto a la PHI.	
Iniciales del Paciente: _____	
<b>Consentimiento para una foto para el registro médico electrónico:</b> Doy mi consentimiento para que Cornerstone Family Healthcare tome mi fotografía y la guarde en mi registro médico electrónico. Esta fotografía se utilizará para identificarme y ayudar a protegerme contra el robo de identidad.	
Iniciales del Paciente: _____	
<b>Derechos de Factura del Paciente y Derechos del Paciente &amp; Responsabilidades:</b> He recibido los Derechos de Factura del Paciente y documento de Responsabilidades. DFP General: <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental DFP: _____	
Iniciales del Paciente: _____	
<b>Directivas Avanzadas:</b> He recibido la información sobre Directivas Avanzadas. Entiendo que para que se respeten mis Directivas Avanzadas, debo completar y enviar un formulario de Apoderado de Atención Médica y/o testamento en vida que se me haya proporcionado.	
Directivas Avanzadas Generales: <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Directivas Avanzadas de Servicios de Salud Mental: _____	
Iniciales del Paciente: _____	
<b>Consentimiento para TeleSalúd/ TelePsiquiatría</b>	
Entiendo que la telesalud/telepsiquiatría son los usos de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica para brindar servicios a una persona cuando se encuentre en un sitio diferente a la del proveedor. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica del paciente también se aplican a los servicios de telesalud que pueden incluir medicina general y salud mental. Como siempre, mi compañía de seguro tendrá acceso a los registros médicos para revisiones/auditorías de calidad.	

Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que pueda aplicar a mi visita de telesalud.

Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho al cuidado o tratamiento en el futuro. También puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con Cornerstone Family Health Care.

**TELESALUD/TELEPSIQUIATRÍA:** He recibido información sobre el uso de Telesalud/Telepsiquiatría y doy mi consentimiento para participar en los servicios que utilizan esta tecnología. Si soy menor de 18 años, dicha información se compartió y se obtendrá el consentimiento de mis padres o tutores. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar en los servicios de telepsiquiatría, en cuyo caso los médicos apropiados realizarán las evaluaciones en persona. Entiendo que los servicios de telepsiquiatría pueden reducir los retrasos en los servicios, la necesidad de viajar u otros riesgos asociados con no tener los servicios proporcionados por los servicios de telepsiquiatría/telesalud. Además, soy consciente de que cada sesión de telepsiquiatría/telesalud no se grabará sin mi consentimiento. Acepto participar en los servicios de telepsiquiatría/telesalud.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Consentimiento General para Tratamiento

1. Solito atención y tratamiento médico general en Cornerstone Family Healthcare y estoy de acuerdo en aceptar los servicios que puedan diagnosticar una condición médica, procedimientos para tratar mi condición y atención médica y dental rutinaria. Entiendo que estos servicios me serán proporcionados por médicos, dentistas, enfermeras practicantes, parteras, asistentes médicos y otros proveedores de atención médica, algunos de los cuales pueden estar en capacitación. No me han dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de los servicios que recibiré.

2. Entiendo que al aceptar estoy de acuerdo que los servicios permanecerán vigente a menos que diga que ya no quiero estos servicios o hasta que se complete mi tratamiento.

3. Entiendo que al aceptar estoy de acuerdo que los servicios se llamarán "Consentimiento General para el Tratamiento" y que incluye cualquier procedimiento(s) o tratamiento(s) de rutina, como extracción de sangre, exámen físico, administración de medicamentos, toma de radiografías, uso de anestesia local y otros procedimientos no invasivos.

4. La prescripción electrónica se define que un médico tiene la capacidad para enviar electrónicamente una receta, sin errores y entendibles directamente a la farmacia. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de la atención al paciente. La prescripción electrónica reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un programa E-Prescribe.

Éstos incluyen:

- Transacciones de beneficios y formularios  
Brinda al médico información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- Transacciones del historial de medicamentos  
Brinda al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar la cantidad de medicamentos adversos.
- Notificación del estado de rellenos  
Permite recibir un aviso electrónico de la farmacia al que recetó, informándole si la receta del paciente fue recogido, no recogido parcialmente rellenado.

Al firmar este consentimiento, usted acepta que Cornerstone Family Healthcare puede solicitar y usar su historial médico de otros proveedores de atención médica, pagadores terceros de beneficios de farmacia, redes de farmacias y/o intercambios de información de salud, para fines de tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Certifico que la información anterior es verdadera y correcta en la medida de mis posibilidades.***

Nombre de la persona que llenó este formulario: (Letra Molde) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Yo mismo  Padre  Guardian Legal  Otro:

Testigo:

Nombre del Empleado & Título: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario recibido de una Fuente externa (por favor indique el lugar. Por ejm. asilo):  
\_\_\_\_\_