

Formulario de Registro de Paciente de Medicaid



| | | | | | |
|--|---|--|---|--|------------------------------|
| Información del Paciente | Información del paciente | | | | |
| | Apellidos: | | Nombres: | | Nombre anterior (si aplica): |
| | Dirección postal: | | | Apt # | |
| | Ciudad/Estado/Código Postal: | | | | |
| | Número de teléfono: | | Número de teléfono celular: | | Correo electrónico |
| | Social Security #: <small>If none, write N/A</small> | | | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> HAM <input type="checkbox"/> MAH | |
| | País de Origen: | | | Fecha de nacimiento: <small>(Mes/Día/Año) ____/____/____</small> | |
| | Estado civil: | | | | |
| | Contacto en caso de emergencias: | | | Número de teléfono: | |
| | Relación con el paciente: | | ¿Cómo te enteraste de CrossOver? | | |
| Información adicional y persona responsable | Parte responsable: Si el paciente es menor de 18 años, el padre o tutor que trae al paciente será registrado como el garante. | | | | |
| | Apellidos: | | Nombres: | | |
| | Fecha de nacimiento: | | Número de teléfono: | | |
| | Número de teléfono celular: | | | | |
| | Relación con el paciente: | | | | |
| | Información adicional (POR FAVOR, COMPLETE TODAS LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN) | | | | |
| Raza (por favor, seleccione): | | | Etnicidad (por favor, seleccione una): | | |
| <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático | | | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Rechazar | | |
| Idioma preferido (por favor, selecciona uno): | | | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués | | |
| Nombre y ubicación de la farmacia preferida: | | | Número de teléfono de la farmacia: | | |
| Información del seguro | Seguro médico primario | | Seguro médico secundario | | |
| | Ins. Co. Nombre | | Ins. Co. Nombre | | |
| | Nombre del titular de la póliza: | | Nombre del titular de la póliza: | | |
| | Fecha de nacimiento del titular de la póliza: | | Fecha de nacimiento del titular de la póliza: | | |
| | Número de Seguro Social del titular de la póliza: | | Número de Seguro Social del titular de la póliza: | | |
| Relación del paciente con el titular de la póliza: | | Relación del paciente con el titular de la póliza: | | | |

He revisado una copia del Aviso de Privacidad de CrossOver Healthcare Ministry. (Iniciales)

Firma del responsable: **X** _____ Fecha: _____

Nombre impreso del responsable: **X** _____ Fecha: _____



HIPAA Formulario de Reconocimiento del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad (NPP) proporciona información sobre cómo CrossOver Healthcare Ministry puede usar y divulgar su información médica protegida (PHI). La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). El NPP contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos según la ley.

Por favor revise el folleto de NPP a fondo antes de firmar este formulario de reconocimiento. En caso de que cambien los términos del aviso, se le proporcionará una copia revisada. Al firmar este formulario, usted reconoce que nuestra práctica puede usar y divulgar la PHI sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a restringir cómo se usa o divulga la PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, también doy permiso a las personas(s) en la siguiente lista a recibir información de salud protegida (excluyendo información de salud mental) y otras autorizaciones escritas en la sección de comentarios. Yo entiendo que este formulario es legalmente vinculante y que puedo revocar mi autorización en cualquier momento por enviar un cambio de solicitud, agregar, o terminar dicho permiso por escrito.

| Nombres de individuos y relación con el paciente | Telefono | Marque las autorizaciones o escribe en el comentario |
|--|----------|--|
| | | <input type="checkbox"/> Recibir expediente médicos/dental o visión <input type="checkbox"/> Pedir citas o información medica <input type="checkbox"/> Recibir equipo medico <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Recibir expediente médicos/dental o visión <input type="checkbox"/> Pedir citas o información medica <input type="checkbox"/> Recibir equipo medico <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Doy permiso para que CrossOver Healthcare Ministry deje mensaje (voz/texto) en el número _____ para:

- Acuerdo de citas
- Resultados de laboratorio/imágenes
- Otro: _____

¿ Para la continuidad de su atención médica, ¿nos autoriza a compartir su información médica a través de EClinicalWorks?
 ___ Si ___ No

Por favor, marque los cuadros a continuación

- Asumo la responsabilidad de informar a la práctica cualquier cambio en la información anterior.
- Recibí el folleto más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP).
- Recibí el folleto más reciente de Información Y Políticas Del Paciente.
- Le doy permiso al representante de CrossOver Health Care Ministry para firmar mi nombre o hacer correcciones si es necesario en formularios para Access Now para la continuacion de mi atención medica.

Firma Paciente: _____ Fecha: _____

Relación a paciente: _____

Queremos asegurarnos de brindar la mejor atención posible. A continuación, se incluyen algunas preguntas no médicas para apoyar sus objetivos de salud y satisfacer sus necesidades. Sus respuestas son completamente confidenciales.

Nombre de Paciente: _____ FECHA DE HOY: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Los Determinantes Sociales de la Salud

1. ¿Tiene dificultades para comprar alimentos o necesita ayuda con la solicitud de cupones de alimentos? SÍ NO
2. ¿Tiene problemas para pagar un lugar para vivir? SÍ NO
3. ¿Está experimentando ansiedad o depresión? SÍ NO
4. ¿Tiene problemas familiares que pueda afectar su salud? SÍ NO
5. ¿Usted o sus hijos tienen problemas en la escuela? SÍ NO No Aplica
6. ¿Te sientes inseguro(a) en su casa por alguna razón? SÍ NO
7. ¿Tiene acceso a Internet? SÍ NO

Nuestro personal está disponible para ayudarle con sus necesidades sociales y conectarle con recursos. *respondió SÍ a las preguntas 1-6, ¿le gustaría una cita?* SÍ NO

Cuestionario Sobre La Salud del Paciente – PHQ2

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Poco interés o placer en hacer cosas

- 0** = Ningún día
- 1** = Varios días
- 2** = Más de la mitad de los días
- 3** = Casi todos los días

Omitir Respuesta

Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

- 0** = Ningún día
- 1** = Varios días
- 2** = Más de la mitad de los días
- 3** = Casi todos los días

Atención Espiritual

Contamos con miembros del equipo que pueden ofrecer atención espiritual (como oración o compartir las Escrituras). ¿Le gustaría que le ofrecieran este tipo de atención opcional? SI NO Omitir Respuesta