

Holyoke Health Center, Inc.

Affix label here

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Date of Birth: ___/___/___ Date: ___/___/___ Medical Record #: _____

FORMULARIO DE REGISTRO

Bienvenido al Holyoke Health Center, Inc. Nos complace el que nos haya elegido como su hogar médico. Por favor, responda las siguientes preguntas sobre usted y su familia para que podamos servirle. Si necesita ayuda con cualquiera de las preguntas, por favor pregúntenos y estaremos encantados en ayudarle.

1. **Nombre Preferido (si es diferente al nombre legal):** _____ / /
Núm. de Seguro Social

2. **Sexo al Nacer:** Hombre Mujer **¿Completó un Poder de Cuidado de Salud?** Sí No N/A

3. Datos Demográficos:

Dirección Núm. de Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Contacto de Emergencia (Relación) (_____) Teléfono del Contacto de Emergencia

Nombre del Padre/Madre/Guardián (Relación) (_____) Número de Teléfono

Nombre del Padre/Madre/Guardián (Relación) (_____) Número de Teléfono

Nombre del Empleador Ocupación

Trabaja a tiempo completo Trabaja tiempo Parcial Otro (especifique): _____

Nombre de la Escuela Estudia a tiempo completo Tiempo Parcial Otro (especifique): _____

4. **Métodos de Contacto:** (Es importante para nosotros tener un número de teléfono activo para que nos podamos comunicar con usted sobre citas y cualquier cosa pertinente a su salud)

Mejor Modo de Contacto

Ok dejar mensaje confidencial

a. **Teléfono en el día:** (_____) _____ Sí No

b. **Teléfono del Hogar:** (_____) _____ Sí No

c. **Número de Celular:** (_____) _____ Sí No

(Todos los números de teléfono celular son registrados (OPT-IN) automáticamente para recibir recordatorios de citas; por favor notifique a la recepción si desea remover (OPT-OUT) esta opción)

d. **Correo Electrónico:** _____

5. Información de Seguro

Por favor, informe al personal de la recepción si esta visita está relacionada con un Accidente de Auto, Indemnización Laboral o Reclamo por Discapacidad

Seguro primario: _____ Núm. de póliza: _____

Núm. de Grupo: _____ Teléfono del seguro: _____

Dirección del seguro: _____

Nombre de la persona suscrita a la póliza: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha de nacimiento de la persona suscrita: _____

***Si no hay un seguro secundario, marque con un círculo: NINGUNO**

Seguro secundario: _____ Núm. de póliza: _____
Núm. de Grupo: _____ Teléfono del seguro: _____
Dirección del seguro: _____
Nombre de la persona suscrita a la póliza: _____
Relación con el Paciente: _____ Fecha de nacimiento de la persona suscrita: _____

He presentado evidencia de cobertura de seguro válida desde la fecha a continuación al Holyoke Health.
Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos incurridos por los servicios prestados.
Entiendo que el pago se debe en el momento en que se presten los servicios.

Para poder servirle mejor, favor de contestar las siguientes preguntas.

(La información que usted provea se mantendrá confidencial y privada. La información que usted comparta no afectará su elegibilidad para asistencia, vivienda u otros programas. Aún puede obtener servicios si decide no proporcionar la siguiente información).

6. ¿Cuál es su estado actual de hogar/ sin hogar?

- En un Refugio
- Vive con amigos/familiares
- En Vivienda de Transición
- En las calles
- No está sin Hogar
- Se niega a especificar

7. ¿Qué idioma prefiere hablar? _____

8. ¿Qué idioma prefiere por escrito? _____

9. Género: (No tienes que responder para niños menores de 13 años)

- Hombre
- Mujer
- Transgénero Hombre ⇨ Mujer
- Transgénero Mujer ⇨ Hombre
- No se identifica con un género
- Se niega a especificar
- Otro: _____

10. Orientación Sexual: (No tienes que responder para niños menores de 13 años)

- Heterosexual (no lesbiana o gay)
- Lesbiana o Gay
- Bisexual
- Se niega a especificar
- No sabe
- Otro: _____

11. ¿Con qué raza(s) se identifica?

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico
- Blanco
- Se niega a especificar

12. ¿Con qué origen étnico se identifica?

- Hispano/ Latino
- No Hispano/ Latino
- Se niega a especificar

13. ¿Cuál es el ingreso total anual de su hogar? _____

14. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndose a usted? _____

15. ¿Ha servido usted alguna vez en el ejército? Sí No

16. Consentimiento para atención/tratamiento:

Por la presente autorizo al personal y a estudiantes profesionales de la salud supervisados del Holyoke Health Center, Inc. (HHC) a que me presenten los servicios médicos que estimen necesarios para mí. He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades, y le asigno a HHC la autoridad para reclamar y cobrar los beneficios del seguro médico y pagos en mi nombre. Entiendo que soy responsable de pagar por mi cuidado si mi seguro no lo paga completo.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

En caso de un menor, la firma es de:

Padre/Madre Guardián Legal Menor Emancipado Poder Legal

17. Aviso de Prácticas de Privacidad

Entiendo que Holyoke Health Center, Inc. (HHC) utilizará mi información para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. Se me ha dado una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de HHC, la cual brinda una descripción completa de cómo será utilizada mi información de salud. Entiendo que esta organización se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas y que yo tengo el derecho de obtener copia de los avisos revisados.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

En caso de un menor, la firma es de:

Padre/Madre Guardián Legal Menor Emancipado Poder Legal

18. Proceso para Quejas y Reclamos

Entiendo que Holyoke Health Center, Inc. (HHC) desea brindarme el mejor cuidado posible. En caso de no estar estar satisfecho/a con los servicios que se me brindan, se lo haré saber a mi proveedor. Se me ha entregado un documento que describe cómo presentar una queja o reclamo con respecto a cualquiera de los servicios que he recibido del Holyoke Health Center, Inc.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

En caso de un menor, la firma es de:

Padre/Madre Guardián Legal Menor Emancipado Poder Legal

19. Personas adicionales autorizadas para hacer uso o revelación de Información Privada de Salud:

(Los usos y divulgaciones pueden ser permitidos sin consentimiento previo en una emergencia y de acuerdo con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.)

El Holyoke Health Center, Inc. (HHC) valora y hace todo lo posible por proteger su privacidad. Su información médica no se le dará a ningún individuo (incluyendo esposos, padres, hijos o a cualquier otra persona significativa en su vida sin su consentimiento escrito). Si usted quisiera que HHC se comunique con otra persona además de usted por teléfono, en persona y que acompañe a algún niño a la oficina, favor de escribir el nombre, fecha de nacimiento y relación con usted. Es necesario llenar un formulario para divulgar información por separado para cualquier comunicación con las siguientes personas u otros además de los que están enlistados aquí. Esto incluye cualquier y toda la información confidencial.

En este momento no deseo dar autorización a otra persona (Para niños, ambos padres tendrán autorización automáticamente a menos que se presenten documentos de la corte indicando que alguno no está autorizado).

Yo, el abajo firmante, autorizo al personal de HHC para comunicarse con las siguientes personas

a. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

b. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

En caso de un menor, la firma es de:

Padre Encargado Legal Menor Emancipado Poder Legal

Personal de HHC: _____