**SECCIÓN 1: LISTADO DE PROBLEMAS**

**Enumere cualquier afección médica que le hayan diagnosticado alguna vez (diabetes, hipertensión arterial, etc.). Incluya la fecha del diagnóstico.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnóstico/Fecha** | **Diagnóstico/Fecha** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**¿Acude a otro médico para recibir tratamiento por una afección médica?**

 Sí No

Si su respuesta es afirmativa, enumérelos a continuación:

Médico especialista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico especialista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 **SECCIÓN 2: ALERGIAS**

Enumere cualquier alergia a medicamentos y la reacción que tiene cuando los toma.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alergia:** | **Reacción:** | **Alergia:** | **Reacción:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**¿Tiene alergia al látex?**  Sí No

 **SECCIÓN 3: ANTECEDENTES FAMILIARES**

**Coloque una “X” en cualquier casillero que aplique a usted o a cualquier miembro de su familia que haya tenido cualquier de las siguientes afecciones.**

**(Y= Yo, M= Madre, P= Padre, O= Otros miembros de la familia directa)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnóstico** | **Y** | **M** | **P** | **O** | **Diagnóstico** | **Y** | **M** | **P** | **O** |
| Diabetes |  |  |  |  | Asma |  |  |  |  |
| Glaucoma |  |  |  |  | Enfisema |  |  |  |  |
| Nefropatía |  |  |  |  | Tuberculosis |  |  |  |  |
| Hipertensión arterial |  |  |  |  | Lupus sistémico |  |  |  |  |
| Infarto de miocardio |  |  |  |  | Rasgo drepanocítico |  |  |  |  |
| Arteriopatía coronaria |  |  |  |  | Enfermedad de la tiroides |  |  |  |  |
| Soplo cardíaco |  |  |  |  | Artritis |  |  |  |  |
| Prolapso de la válvula mitral |  |  |  |  | Apoplejía |  |  |  |  |
| Prótesis valvular |  |  |  |  | Trastorno neurológico |  |  |  |  |
| Endoprótesis vasculares |  |  |  |  | Hemorragia/Hemofilia |  |  |  |  |
| Marcapasos |  |  |  |  | Leucemia |  |  |  |  |
| Fiebre reumática |  |  |  |  | VIH/SIDA |  |  |  |  |
| Alcohol/Abuso de sustancias |  |  |  |  | Trastorno alimenticio |  |  |  |  |
| Hepatopatía |  |  |  |  | Enfermedad mental |  |  |  |  |
| Hepatitis A/B/C |  |  |  |  | Trastorno por déficit de atención (TDA) |  |  |  |  |
| Virus respiratorio sincicial |  |  |  |  | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) |  |  |  |  |
| Otra:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miembro de la familia** | **Vive** **(sí o no)** | **Causa de defunción** | **Edad en el momento de la defunción** |
| Madre |  |  |  |
| Padre |  |  |  |

**SECCIÓN 4: ANTECEDENTES PERSONALES/SOCIALES**

**Educación:** ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado?

 Estudios inferiores al bachillerato Título de bachillerato Estudios superiores Título de grado

**Cuidador:** ¿Alguien cuida de usted en su hogar? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, ¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Tabaco:**  Nunca consumí tabaco Fumo o mastico tabacoCantidad por día:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Edad de inicio**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Dejé de fumar* Fecha de abandono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | **Alcohol:** Nunca consumí alcohol Consumo alcohol* Con cuánta frecuencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cantidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dejé de fumar* Fecha de abandono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Consumo de drogas:**  Nunca consumí drogas ilícitas Consumo drogas ilícitas en la actualidad * Drogas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dejé de consumir drogas* Drogas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fecha de abandono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | **Cafeína:** No consumo cafeína Tomo bebidas con cafeínaBebidas: Refresco Café Energizante* Cantidad por día:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**¿Tiene alguna barrera cultural o lingüística?**  Sí No

Si su respuesta es afirmativa, desarrolle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Vivienda:** |  | **Condición laboral actual** |  | **Dificultades financieras** |
|  Departamento |  |  Jornada completa |  |  Alimentos |
|  Institución correccional |  |  Jornada parcial |  |  Vivienda |
|  Hogar grupal |  |  Desempleado |  |  Servicios públicos |
|  Indigente |  |  Persona con discapacidad |  |  Atención médica |
|  Vivienda privada |  |  Jubilado |  |  Medicamentos |
|  Vivienda pública |  |  Trabajador independiente |  |  Ingresos fijos |

 **¿Está preocupado por perder su vivienda?**  Sí No Prefiero no responder

**En algún momento durante los últimos 2 años, ¿el trabajo migrante rural o por temporada ha sido la principal fuente de ingresos de su familia**? Sí No Prefiero no responder

**Uso del cinturón de seguridad:**  Siempre Generalmente Ocasionalmente Nunca

**Armas en el hogar:**  Ninguna Se encuentran bajo llave No se encuentran bajo llave

**Actividad sexual:**  Nunca Sexualmente activo en la actualidad Sexualmente inactivo en la actualidad

**SECCIÓN 5: MEDICAMENTOS**

Farmacia local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacia de pedido por correo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos con receta, medicamentos de venta libre o suplementos que toma regularmente en la actualidad. Incluya el nombre del médico que le prescriba cualquiera de los medicamentos con receta. Use otra hoja de papel si fuese necesario.

 No tomo ningún medicamento o suplemento regularmente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento** | **Posología** | **Frecuencia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**SECCIÓN 6: ÚNICAMENTE PARA MUJERES**– *los hombres deben pasar a la sección 7*

* ¿Cuántos embarazos ha tenido? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Tuvo alguna cesárea? Sí No

 Si su respuesta es afirmativa, ¿en qué año(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Tuvo alguna vez un aborto espontáneo? Sí No

 Si su respuesta es afirmativa, ¿en qué año(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Ha tenido un aborto alguna vez? Sí No

 Si su respuesta es afirmativa, ¿en qué año(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Actualmente es: premenopáusica menopáusica posmenopáusica
* Fecha del último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ regular irregular
* Fecha de su última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Dónde se la realizó?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Los resultados fueron: Normales Anormales

 Si fueron anormales, desarrolle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Dónde se la realizó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Los resultados fueron: Normales Anormales

Si fueron anormales, desarrolle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 7: ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Enumere todas las cirugías previas y el año de la cirugía a continuación.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de cirugía** | **Año** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SECCIÓN 8: CUIDADO DE LA SALUD**

**Fecha de:**

* Último examen oftalmológico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultados: Normales Anormales

Si fueron anormales, desarrolle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Última visita odontológica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultados: Normales Anormales

Si fueron anormales, desarrolle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Última colonoscopía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultados: Normales Anormales

Si fueron anormales, desarrolle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 9:**

* ¿Ha faltado a sus citas médicas, reuniones, trabajo o no ha podido obtener cosas necesarias para su vida diaria debido a la falta de transporte? Marque todas las opciones que apliquen.

 Sí, he faltado a mis citas médicas
 Sí, he faltado a reuniones fuera del ámbito médico, al trabajo, etc.
 No Prefiero no responder

* ¿Con cuánta frecuencia visita o habla con sus seres queridos o con personas cercanas? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familiares, asistir a la iglesia o a reuniones del club)?
 Menos de una vez por semana 1-2 veces por semana
 3-4 veces por semana 5-6 veces por semana
 Todos los días de la semana
* El estrés es cuando una persona se siente tensionada, nerviosa, ansiosa o no puede dormir a la noche debido a que se encuentra preocupada. ¿Cuán estresado está?
 En absoluto Un poco En cierto modo
 Bastante Mucho Prefiero no responder
* En el último año, ¿ha estado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o institución correccional juvenil?
 Sí No Prefiero no responder
* ¿Es usted un refugiado? Sí No Prefiero no responder
* ¿Se siente seguro física y emocionalmente en el lugar donde vive en la actualidad?

 Sí No No estoy seguro Prefiero no responder

* En el último año, ¿le ha tenido miedo a su pareja o expareja?
 Sí No No estoy seguro Prefiero no responder

**¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO DEBERÍA LA CLÍNICA COMUNICARSE CON USTED?**

Deseo que se comunique de la siguiente manera:

(MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

 **TELÉFONO FIJO:** Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dejar un mensaje con información detallada.

 Dejar un mensaje solo con un número de teléfono para devolver la llamada.

 *No dejar ningún mensaje*

 **TELÉFONO CELULAR:** Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dejar un mensaje con información detallada.

 Dejar un mensaje solo con un número de teléfono para devolver la llamada.

 *No dejar ningún mensaje*

 **TELÉFONO LABORAL:** Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dejar un mensaje con información detallada.

 Dejar un mensaje solo con un número de teléfono para devolver la llamada.

 *No dejar ningún mensaje*

 **POR CORREO POSTAL**: Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Lifecare FHDC.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HIPAA
AUTORIZACIÓN LIMITADA DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

(Permita que la clínica comente su información sanitaria con las personas que se indican a continuación)

Objetivo de la solicitud (quién está autorizado a recibir información médica) - Autorizo la divulgación o provisión de mi información médica a la(s) persona(s) enumerada(s) a continuación. (Enumere cada miembro de su familia, amigo u otra persona que desee que reciba la Información médica protegida).

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descripción de la información que se debe divulgar – Autorizo la divulgación de la siguiente Información médica protegida a la persona o las personas identificadas más arriba.

 Historia clínica completa del paciente, **o** marque con un círculo **solo** aquellas secciones de la historia clínica que se deben divulgar

 Notas del consultorio resultados de análisis de laboratorio resultados radiológicos
 Historia clínica de VIH e historia clínica de enfermedades infecciosas
 Historias clínicas de hospital / residencia de ancianos / atención domiciliaria / cuidados paliativos o de otros médicos
 Historias clínicas de tratamientos de salud mental o abuso de sustancias.

 Otra (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objetivo de la divulgación (registre el objetivo de la divulgación o verifique la solicitud del paciente):

 Solicitud del paciente

 Otro (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HIPAA
AUTORIZACIÓN LIMITADA DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA -** *continuación*

Expiración o terminación de la autorización: Esta autorización expirará al final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una terminación anticipada. Debe renovar o presentar una nueva autorización luego de la fecha de expiración para que la autorización continúe vigente. Tiene el derecho de terminar esta autorización en cualquier momento. Debe notificar a nuestro gerente de privacidad, por escrito, si decide terminar la autorización antes de la fecha de expiración habitual.

**Indique la fecha de expiración si es una fecha anterior al final del año calendario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Derecho de revocación o terminación: como se establece en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, usted tiene el derecho de revocar o terminar esta autorización mediante la presentación de una solicitud escrita a nuestro Gerente de privacidad. Es posible revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su proveedor de atención médica o el consultorio haya tomado una acción conforme al uso o la divulgación indicada en la autorización.

Declaración sin condición: El consultorio no pide como condición firmar esta autorización para brindar atención médica o tratamiento.

Redivulgación: No tenemos control sobre la(s) persona(s) que haya enumerado para recibir su información médica protegida. Por lo tanto, su información médica protegida divulgada en virtud de esta autorización no estará protegida por los requisitos de la Norma de privacidad y ya no será responsabilidad del consultorio.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (debe estar firmada y colocar la fecha cada año)

\*Tiene el derecho de recibir una copia de la autorización firmada previa solicitud

**ACUERDO DE EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDADES DEL HOGAR MÉDICO**

El presente es un acuerdo entre dos partes: el centro de salud y el paciente.

 El presente documento tiene fines positivos. Pretende clarificar los derechos y las responsabilidades de ambas partes. Establece *lo que* cada parte debe *hacer*.

 Un hogar médico es un equipo de atención que trabaja para brindarle la mejor atención posible. Queremos incluirlo en la toma de decisiones sobre la atención médica. Le ayudaremos a coordinar su atención con proveedores fuera de Lifecare cuando sea necesario. Ofrecemos asesoramiento médico durante las citas y después de hora junto con citas temprano en la mañana.

 Nos comprometemos a tratarlo de la mejor manera posible, de acuerdo con las normas asistenciales de nuestra comunidad. A su vez, usted se compromete a comportarse de la manera más comprensible, cooperativa y responsable posible.

 Este centro de salud tiene tolerancia cero a la violencia o amenaza de violencia de cualquier tipo. Por lo tanto, no existirá ningún intento o amenaza de patear, golpear o de otro modo lastimar a cualquier miembro del personal, paciente o visitante. Además, ninguna parte gritará o dirá obscenidades cuando se dirija a cualquier miembro del personal, paciente o visitante.

|  |
| --- |
| **He leído (o me han leído) el “Acuerdo de expectativas de tratamiento” y comprendo el contenido en su totalidad. He tenido la oportunidad de realizar preguntas. Cualquier violación de este acuerdo puede resultar en un despido permanente del consultorio.** |

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no es el paciente, parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo de atención médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acuerdo financiero**

Por medio del presente doy mi consentimiento para recibir todos los tratamientos que el personal de Lifecare Family Health & Dental Center, Inc considere necesarios. Autorizo a Lifecare Family Health & Dental Center, Inc. (LIFECARE FHDC) a usar, divulgar y/o recibir cualquier o toda la información relacionada con mi tratamiento. Mí proveedor puede contactar a cualquier otra entidad cubierta que me haya prestado servicios con el fin de obtener otro diagnóstico.

LIFECARE FHDC ha realizado arreglos previos con muchos planes de salud para aceptar pagos directos. LIFECARE FHDC facturará esos planes por lo que ha realizado un arreglo previo y solo le solicitará a usted pagar el copago autorizado al momento de solicitar el servicio. Acepto que soy responsable de cualquier copago, deducible y tarifa por servicios no cubiertos.

Por medio del presente autorizo la divulgación de información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguro **y ceder los beneficios, que de otro modo debiera pagar, al médico o grupo indicado en el reclamo.** Soy responsable de cualquier derivación y/o autorización solicitada por mi compañía de seguro. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Mi póliza de seguro, si corresponde, es un contrato entre mi compañía de seguro y yo. LIFECARE FHDC no es responsable de recibir pagos de un reclamo de seguro o negociar un acuerdo en un siniestro impugnado.

Como cortesía para el paciente, LIFECARE FHDC presentará reclamos ante cualquier compañía de seguro. Si la cobertura del paciente está incluida en un plan en el que LIFECARE FHDC no realizó ningún arreglo, los cargos por la atención y el tratamiento del paciente son responsabilidad del paciente, y **el pago se debe realizar en su totalidad al momento de solicitar el servicio.**

LIFECARE FHDC ofrece precios reducidos para calificar a pacientes sin seguro. Comprendo que a menos que mi proveedor de cobertura médica o yo haya realizado otros arreglos con anticipación, **el pago se debe realizar al momento de solicitar el servicio.** Para todos los servicios brindados a menores de edad, el padre/madre con custodia o tutor legal será responsable de todos los cargos.

Para conveniencia del paciente, LIFECARE FHDC aceptará Visa, MasterCard, efectivo y cheque personal. **Se cobrará una tarifa de $10.00 a los pacientes que presenten cheques sin fondos suficientes, y el paciente deberá pagar en efectivo todas las visitas futuras.**

**Acuerdo financiero** -*continuación*

Comprendo que LIFECARE FHDC no está incluida en el negocio de extensión de créditos y acepto pagar al centro de atención médica mencionado anteriormente en el momento en que reciba su factura. Si no se realiza el pago en tiempo y forma, LIFECARE FHDC puede tomar acciones para cobrar los cargos.

**ENTIENDO QUE PUEDE HABER CARGOS ADICIONALES A MI COPAGO EN FUNCIÓN DE LA ESCALA MÓVIL DE TARIFAS DE LA CLÍNICA. ACEPTO PAGAR DICHOS CARGOS.**

Nombre del paciente en letra de molde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o madre/tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de teléfono adicional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de seguridad social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado civil:**  soltero casado divorciado viudo separado **Condición laboral:**  jornada completa jornada parcial desempleado trabajador independiente jubilado
**Profesión:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Educación (grado más alto/título**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Raza:** Caucásico Afroamericano Asiático Nativo de Hawái Isleño del Pacífico Nativo Americano/Nativo de Alaska Más de una raza Prefiero no responder  | **Sexo al nacer:** Masculino Femenino**Pronombre preferido:** él ella elle (pronombre no binario) Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Orientación sexual:** Lesbiana/Gay Heterosexual Bisexual Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No sé Prefiero no responder |
| **Etnia:** Hispano No hispano Prefiero no responder **Idioma preferido:** Inglés Español Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Veterano:** Sí No**Verifique si alguno de estos aplica a su persona:** Indigente  Vive en una vivienda pública | **Identidad de género:** Masculino Femenino No binario Transgénero masculino a femenino Transgénero femenino a masculino Prefiero no responder |

Lifecare recibe financiamiento para compensar los costos de tratamiento de pacientes sin seguro o con infraseguro. Debemos informar algunos datos demográficos sobre todos nuestros pacientes, incluida la raza, la cantidad de integrantes de la familia y los ingresos. Informar estos puntos nos ayuda a recibir financiamiento para continuar brindando atención a todos nuestros pacientes. La información reportada **no** incluye su nombre, dirección o información de seguridad social.

**Marque con un círculo la cantidad de integrantes del hogar y marque el casillero de ingresos correcto en la misma línea:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miembros del hogar | Ingresos inferiores a: | Ingresos entre: | Ingresos entre: | Ingresos superiores a: |
| 1 |  $12,140 |  $12,141 - $18,210 |  $18,211 - $24,280 |  $24,281 |
| 2 |  $16,460 |  $16,461 - $24,690 |  $24,691 - $32,920 |  $32,921 |
| 3 |  $20,780 |  $20,781 - $31,170 |  $31,171 - $41,560 |  $41,561 |
| 4 |  $25,100 |  $25,101 - $37,650 |  $37,651 - $50,200 |  $50,201 |
| 5 |  $29,420 |  $29,421 - $44,130 |  $44,131 - $58,840 |  $58,841 |
| 6 |  $33,740 |  $33,741 - $50,610 |  $50,511 - $67,380 |  $67,481 |
| 7 |  $38,060 |  $38,061 - $57,090 |  $57,091 - $76,120 |  $76,121 |
| 8 |  $42,380 |  $42,381 - $63,570 |  $63,571 - $84,760 |  $84,761 |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA** |
| Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL SEGURO** |
| Seguro principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.° de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.° de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Seguro secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.° de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.° de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PROGRAMA DE PRECIO REDUCIDO**Lifecare ofrece un Programa de precio reducido como forma de ofrecer servicios a un costo menor a familias que cumplan con determinados requisitos. Los precios reducidos se dividen en diferentes categorías en función de la cantidad de integrantes del hogar y los ingresos brutos. Los pacientes que califican para el programa pagarán por los servicios de acuerdo con la categoría financiera en la que se encuentren. ¿Está interesado en presentar una solicitud para nuestro programa de precio reducido? SÍ NO |

|  |
| --- |
| **TUTOR LEGAL****-SE DEBE COMPLETAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS** |
| Nombre del paciente/Tutor legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de seguridad social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Firma del paciente/padre o madre/tutor legal:

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_