

Complete toda la información que se le solicita para ayudarnos a ofrecerle un mejor servicio.

Tenga en cuenta que la información del paciente es confidencial y solo se utilizará para los fines del Hawai'i Island Community Health Center.

RESUMEN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

Domicilio:* _____ Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino * Información requerida para la emisión de recetas médicas

Seleccione su opción preferida para recibir los recordatorios sobre las consultas: Teléfono preferido: Teléfono de la casa Teléfono celular

Método preferido: Llamada telefónica Mensaje de correo electrónico Mensaje de texto

Estado civil: Soltero Casado Separado legalmente Divorciado Viudo

Raza:	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	Origen étnico:	<input type="checkbox"/> Latino/hispano	Idioma principal:	<input type="checkbox"/> Inglés
	<input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> No latino/hispano		<input type="checkbox"/> Español
	<input type="checkbox"/> Asiático				<input type="checkbox"/> Marshalés
	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano				<input type="checkbox"/> Ruso
	<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico				<input type="checkbox"/> Filipino
	<input type="checkbox"/> Indio nativo americano/nativo de Alaska				<input type="checkbox"/> Chino
	<input type="checkbox"/> Más de una raza				<input type="checkbox"/> Japonés
					<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas

¿Le gustaría usar los servicios de un intérprete?
 Sí No

Situación laboral: Empleado Jubilado Discapacitado Empleado autónomo Desempleado Estudiante de tiempo parcial
 Estudiante de tiempo completo

Si tiene empleo: Ocupación: _____ Empleador: _____ N.º de teléfono: _____

PERSONAS RESPONSABLES DE LOS PAGOS

El garante es el padre, madre o tutor de los pacientes menores de 18 años y es el propio paciente si tiene más de 18 años.

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Vínculo con el paciente: El propio paciente Cónyuge Padre/madre/tutor Otro

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR E INFORMACIÓN FINANCIERA

Complete la información que se le solicita más abajo. Las respuestas que indique en estas dos secciones nos ayudarán a recibir financiación mediante subvenciones para poder ofrecerle servicios de atención médica a nuestra comunidad. Además, esta información podría ayudarlo a calificar para recibir más beneficios, como una escala de tarifas móviles o descuentos para adquirir medicamentos u otros servicios.

Tenga en cuenta que nunca compartiremos su información de identificación personal.

Tamaño del grupo familiar: _____

Ingresos mensuales brutos del grupo familiar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sin ingresos | <input type="checkbox"/> Entre \$2500 y \$3000 |
| <input type="checkbox"/> Entre \$100 y \$500 | <input type="checkbox"/> Entre \$3500 y \$4000 |
| <input type="checkbox"/> Entre \$500 y \$1000 | <input type="checkbox"/> Entre \$5500 y \$6000 |
| <input type="checkbox"/> Entre \$1500 y \$2000 | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Condición de trabajador agrícola: Inmigrante Temporal No soy trabajador agrícola

Vivienda pública: Sí No

Veterano: Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿fue dado de baja del servicio militar?: Sí No
Fecha de la baja militar: _____

Discapacitado: Sí No

Persona sin hogar: No Vivienda transitoria Refugio para personas sin hogar En situación de calle Otro

Condición de refugiado: Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es su país de origen? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (incluir una copia de todas las tarjetas de seguro)

Compañía de seguros primaria: _____ N.º de identificación: _____

Vínculo entre el paciente y el asegurado/miembro: El propio paciente Cónyuge Hijo Otro: _____

Asegurado/miembro:

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ N.º de identificación: _____

Vínculo entre el paciente y el asegurado/miembro: El propio paciente Cónyuge Hijo Otro: _____

Asegurado/miembro:

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO ALTERNATIVA

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Vínculo: _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos hablar con esta persona sobre su salud? Sí No

¿Podemos hablar con otra persona sobre su salud? Sí No Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre: _____

Vínculo: _____ Número de teléfono: _____

Si tiene un cuidador (un familiar o asistente que lo cuida de forma habitual), incluya su nombre y número de teléfono abajo:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Cuenta con voluntades anticipadas actuales? Sí No Si la respuesta es "Sí", le pedimos que nos entregue una copia de sus voluntades anticipadas.
Si la respuesta es "No", podemos entregarle un formulario de voluntades anticipadas, si lo solicita.

Me niego a entregar una copia o a hablar sobre mis voluntades anticipadas: Sí No

PERMISOS Y REVELACIÓN

Lea las siguientes declaraciones e indique si está de acuerdo con su contenido firmando más abajo.

- Yo no tengo Kaiser. (Hawai'i Island Community Health Center no participa con Kaiser).
- Si no participamos con su proveedor de seguro (como Kaiser), usted será responsable del pago completo.
- He revelado con exactitud toda la información sobre mis finanzas (dinero) y seguro.
- Soy responsable de informarle a Hawai'i Island Community Health Center sobre cualquier cambio que se produzca en mis finanzas o en mi cobertura de seguro.
- Autorizo a Hawai'i Island Community Health Center, así como también a sus proveedores y empleados, a compartir con las compañías de seguros toda la información que sea necesaria para recibir los pagos por mis consultas. Mi firma que aparece más abajo puede usarse en todos los formularios de seguro.
- Autorizo a Hawai'i Island Community Health Center a compartir mi información entre sus grupos (grupos médico, dental, de salud conductual, de educación sobre la salud y de administración de casos) para que mi familia y yo podamos recibir la mejor atención.
- Autorizo a Hawai'i Island Community Health Center a que me envíe recordatorios sobre mis consultas mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto o mensajes de correo electrónico.
- El copago o los cargos actuales representan un pago *mínimo* por su consulta. Los cargos adicionales que su seguro no cubra le serán facturados a usted. **Entiendo que soy responsable del saldo adeudado después de que se haya aplicado mi cobertura de seguro o la escala de tarifas móviles.**
- Entiendo que Hawai'i Island Community Health Center no acepta seguros de compensación del trabajador ni seguros sin culpa (por accidentes automovilísticos). Si alguna de estas disposiciones se aplica a mi situación, se lo informaré a Hawai'i Island Community Health Center para que me deriven a un médico de la comunidad que pueda atenderme.
- Toda la información que presento es correcta y está completa.

Al firmar aquí, confirmo mi aceptación de las declaraciones, permisos y revelaciones antes mencionadas:

Firma (paciente/persona responsable/tutor legal): _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma del testigo (si la persona que firmó arriba no es el paciente): _____

Nombre del testigo en letra de imprenta: _____ Fecha: _____