



**TERRY
REILLY**
Your Health. Our Mission.

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Debido a nuestra condición de Federally Qualified Health Center (Centro de salud aprobado por el gobierno federal), estamos obligados a recolectar cierta información personal con fines estadísticos únicamente. No se envía información personal. Su cooperación nos ayuda a mejorar la atención de salud para todos. Terry Reilly Health Services no discrimina en sus servicios, tratamientos, programas, actividades o empleo independientemente de raza, color, religión, nacionalidad, edad, discapacidad física o mental, estatus de veterano, o sexo, incluyendo identidad de género y orientación sexual.

NOMBRE DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Nombre preferido	Número de Seguro Social	Dirección de correo electrónico	
Dirección del hogar	Ciudad	Estado	Código postal
		Teléfono de casa	Celular
		<input type="checkbox"/> ¿Podemos enviar textos/dejar mensajes?	
Dirección postal (si es diferente a la del hogar)	Ciudad	Estado	Código postal
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial
		<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Temporal
Empleador del paciente	Dirección del empleador	Teléfono del empleador	Situación laboral (Marcar uno)

ESTADO CIVIL Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Vida en pareja

ETNICIDAD No hispana/latina Mexicana, americana mexicana, chicana Puertorriqueña Cubana
 Otra etnicidad hispana/latina u origen español

RAZA Blanca Negra/Afroamericana Asiática de la India China Filipina Japonesa Coreana Vietnamita
 Otra raza asiática Nativa de Alaska Indígena americana Nativa de Hawái Guameña, chamorra Samoana
 Otra raza isleña del Pacífico

IDENTIDAD DE GÉNERO Hombre Mujer Transgénero: Hombre/ Mujer a hombre Mujer/ Hombre a mujer
 Otro Prefiere no contestar No se sabe

PRONOMBRES DEL PACIENTE Él Ella Elle Nombre del paciente Prefiere no contestar No se sabe

ORIENTACIÓN SEXUAL Heterosexual Lesbiana/ Gay Bisexual Otra No se sabe Prefiere no contestar

PARTICIPACIÓN EN LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS EEUU Activo Inactivo Reserva Veterano Ninguno

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre del profesional médico	Nombre del establecimiento	Número de teléfono
-------------------------------	----------------------------	--------------------

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro:	Teléfono principal:
(Parentesco con el paciente)		

IDIOMA

¿En qué idioma podemos atender mejor sus necesidades médicas (incluido el lenguaje de señas)? _____

¿Necesitará un intérprete? Sí No

¿Qué tan cómodo se siente para leer instrucciones, folletos, u otro material escrito de su doctor o farmacia?

Para nada Un poquito Un tanto Bastante Extremadamente

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Nombre	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de nacimiento
(Parentesco con el paciente)		
Número de Seguro Social	Dirección de correo electrónico	Teléfono de casa
		Celular
		<input type="checkbox"/> ¿Podemos enviar textos/dejar mensajes?
Dirección postal (si es diferente a la del hogar)	Ciudad	Estado
		Código postal
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
		<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Temporal
Empleador - Padre/madre/tutor legal	Dirección del empleador	Teléfono del empleador
		Situación laboral (Marcar uno)

TRABAJADORES AGRÍCOLAS en los dos últimos años:

¿Usted o alguien en su familia ha trabajado en la agricultura (campos, huertos, etc.) como fuente principal de su ingreso? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿la persona cambia de domicilio como parte de su trabajo? Sí No

¿Usted o alguien en su familia ha dejado de migrar para trabajar en la agricultura debido a una discapacidad o vejez? Sí No

SITUACIÓN DE VIVIENDA

¿Es propietario o alquila su vivienda? Sí No -Si la respuesta es no, ¿cómo describiría su situación de vivienda actual?
 Vivienda de ayuda permanente (New Path, CHOIS) Habitación individual en hotel
 Viviendo temporalmente con familiares/amigos ¿Cuánto tiempo? _____
 Veterano de las Fuerzas Armadas de EE. UU. en riesgo de quedar sin hogar Menor en riesgo de quedar sin hogar
Viviendo temporalmente en: Calle/Auto/Acampando Albergue o Vivienda de transición para personas sin hogar
 Otro Describa _____

INGRESOS Y SALARIOS DEL HOGAR

Incluye todas las fuentes de ingreso, salarios, seguridad social, desempleo, propiedades, pensión, manutención infantil

Ingreso total del hogar antes de impuestos: \$ _____ por hora _____ Mensual Anual
Horas por semana

Número total de personas en el hogar; incluir padres e hijos. (Excluir a quienes no son familia inmediata). _____

Por favor apunte el paciente, padre, cónyuge e hijos	Fecha de nacimiento	Por favor apunte el paciente, padre, cónyuge e hijos	Fecha de nacimiento
	/ /		/ /
	/ /		/ /
	/ /		/ /

Entiendo que mi verificación de ingresos puede estar sujeta a una auditoría para comprobar su veracidad y estoy de acuerdo en proporcionar todos los documentos solicitados.

Doy permiso a Terry Reilly para compartir mi información con otras organizaciones, benefactores o proveedores (y sus auditores) que me proporcionan servicios con descuento por petición de Terry Reilly. Ejemplos de tales organizaciones serían laboratorios, servicios de imágenes o especialistas médicos, etc.

INFORMACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGURO (Incluir todas las coberturas médicas y dentales) Marcar si no tiene seguro

Nombre de la compañía de seguro médico		Nombre de la compañía de seguro médico		Nombre de compañía de seguro dental	
Póliza #	Grupo #	Póliza #	Grupo #	Póliza #	Grupo #
Nombre del suscriptor / /		Nombre del suscriptor / /		Nombre del suscriptor / /	
Fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre Parentesco con el paciente		Fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre Parentesco con el paciente		Fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre Parentesco con el paciente	

DECLARACIONES

Responsabilidades y derechos del paciente: Se me ha dado acceso y es posible recibir una copia de los Derechos y responsabilidades del paciente en Terry Reilly.

Notificación de las Prácticas de Privacidad: Se me ha dado acceso y es posible recibir una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Terry Reilly.

Información sobre la salud: Entiendo que se puede compartir la información sobre mi salud entre las divisiones de salud dental, médica y salud conductual de Terry Reilly.

Idaho Health Data Exchange/Intercambio de Información sobre la Salud (IHDE por sus siglas en inglés): Entiendo que Terry Reilly es miembro del IHDE, un sistema seguro de intercambio de información de salud por internet, cuyo fin es mejorar la calidad de la coordinación de atención médica en Idaho. Comprendo que puedo "optar por no participar" en el IHDE, para ello debo completar el formulario "Requests to Restrict Disclosure of Health Information" (Solicitud para restringir la divulgación de información sobre la salud) y enviarlo directamente al IHDE por correo o fax, o puedo ponerme en contacto con IHDE llamando al (208) 803-0030.

Partner Data Access Program/Programa de Acceso a Información entre Colaboradores (PDAP por sus siglas en inglés): Terry Reilly Health Services puede acceder a la información sobre mí en el PDAP del Idaho Department of Health and Welfare (Departamento de Salud y Bienestar de Idaho) con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir descuentos de atención a la salud.

Terry Reilly Health Services es parte de un convenio organizado de atención médica que incluye a participantes de OCHIN. Puede encontrar una lista actualizada de los participantes de OCHIN en www.ochin.org Como socio de Adapt Oregon, OCHIN suministra tecnología informática y servicios relacionados a **Terry Reilly Health Services** y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en beneficio de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión en nombre de las organizaciones participantes con el fin de establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios que pueden resultar del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar conjuntamente para mejorar la gestión de las derivaciones, internas y externas, de pacientes. **Terry Reilly Health Services** puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN o con un sistema de intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los propósitos de operaciones de las organizaciones de salud que participan en el convenio. Estas operaciones pueden incluir, entre otras, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar las prestaciones médicas que recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se revelará de conformidad con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable y de acuerdo con las enmiendas que se puedan realizar periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya haya sido proporcionada de acuerdo con el permiso que usted había otorgado. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

Declaro que la información aquí proporcionada es veraz, completa y precisa. Entiendo que brindar información falsa intencionadamente puede causar mi exclusión de los servicios de Terry Reilly. Informaré de inmediato a Terry Reilly sobre cualquier cambio en seguro, ingreso o tamaño familiar.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente/tutor legal (Escribir en letra de imprenta) Firma del paciente/tutor legal

Fecha