



**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 (Escribir en letra de imprenta)

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ / ____ / ____
 Hombre Mujer
Nombre preferido _____ Número de Seguro Social _____ (Sexo al momento de nacer)

INFORMACIÓN DE CONTACTO (Marcar el método de contacto de preferencia)

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Dirección de correo electrónico Celular ¿Podemos enviar textos? Teléfono de casa

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

ETNICIDAD ¿Es hispano(a) o latino(a)? Sí No

RAZA Blanca Negra/Afroamericana Asiática Nativo americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái Isleño del Pacífico Otra

IDENTIDAD DE GÉNERO Hombre Mujer Transgénero: Hombre/ Mujer a hombre Mujer/ Hombre a mujer Otra
 No se conoce Opta por no revelar

PRONOMBRES DEL PACIENTE Él Ella Elle Nombre del paciente Se niega a responder No se conoce

ORIENTACIÓN SEXUAL Heterosexual Lesbiana/ Homosexual (gay) Bisexual Otra No se conoce Opta por no revelar

ESTADO DE VETERANO MILITAR Activo Inactivo Reserva Veterano Ninguno

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre _____ Teléfono # _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Cónyuge Padre/madre Otro: _____
Nombre _____ (Parentesco con el paciente) _____ Teléfono principal: _____

Correo electrónico _____ Teléfono secundario # _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO- PACIENTE

(Marcar una) Jornada completa Jornada parcial Sin empleo Temp

Nombre del empleador _____ Teléfono del empleador _____ Dirección del empleador _____

IDIOMA/LENGUAJE DE SEÑAS

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

¿Necesitará un intérprete? Sí No

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Padre/madre Otro: _____ / ____ / ____
Nombre _____ (Parentesco con el paciente) _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social #: _____ Teléfono #: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Empleador – Padre/madre/tutor legal _____ Teléfono del empleador # _____ Situación laboral (Marcar una) Jornada completa Jornada parcial Sin empleo Temp

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 Viviendo temporalmente con familiares/amigos- ¿Por cuánto tiempo? _____

Viviendo temporalmente en: Calle/ Auto/ Acampando Albergue o Vivienda de transición Otro _____

INGRESO Y SALARIOS DEL HOGAR

No quiero proporcionar esta información

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

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

Número total de personas en el hogar: _____

(Debe contar a todos los miembros que viven en el hogar, incluidos los padres, hijos, pero sin añadir a quienes no son familia inmediata.)

¿Desea que se utilice esta información para solicitar asistencia mediante nuestro programa de descuentos de tarifas variables? Sí No

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)

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

Marcar si no tiene seguro de salud

DECLARACIONES

Exactitud y veracidad de la información: La información que he proporcionado es completa y precisa. Entiendo que brindar información falsa intencionalmente puede causar mi exclusión de los servicios de Terry Reilly, y es posible que se me facturen los descuentos recibidos de manera fraudulenta.

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 (IDHE 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) 332-7253.

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.

Recibir servicios de planificación familiar no es un prerrequisito para obtener ningún otro servicio ofrecido.

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. 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

