



# FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Como centro de salud con calificación federal, estamos obligados a recopilar cierta información personal sólo con fines estadísticos. No se envía información individual. Su cooperación nos ayuda a mejorar la atención médica para todos. Terry Reilly Health Services administra sus servicios, tratamientos, programas, actividades y empleos sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, edad, discapacidad física o mental, condición de veterano, y sexo, incluida la identidad de género y la orientación sexual.

## NOMBRE DEL PACIENTE (Marque la forma de contacto preferida)

Nombre	Apellido	Inicial del 2do nombre	Fecha de nacimiento / /
Nombre preferido	Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer (Sexo al nacer)	

Dirección de casa	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------	--------	--------	---------------

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	--------	--------	---------------

Celular  ¿Mensajes de texto?  Teléfono de casa  Correo electrónico  Tiempo completo  Tiempo parcial

Desempleado  Empleo temporal (Seleccione uno)

Empleado del Paciente	Dirección del Empleador	Teléfono del Empleador
-----------------------	-------------------------	------------------------

## ESTADO CIVIL Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Relación de pareja

## ETNICIDAD Es usted Hispano(a)/Latino(a) Sí No

## RAZA Blanca Negra/Afroamericana Asiática Indígena americana o nativo de Alaska Nativo de Hawaii Isleño del Pacífico Otra

## IDENTIDAD DE GÉNERO Masculino Femenino Transgénero: Masculino / Femenino a Masculino Femenino / Masculino a Femenino Otro Prefiero no contestar Desconocido

## PRONOMBRES DEL PACIENTE Él Ella Ellos Nombre del paciente Prefiero no contestar Desconocido

## ORIENTACIÓN SEXUAL Heterosexual Lesbiana/ Gay Bisexual Otra No la sé Prefiero no contestar

## ESTADO DE VETERANO MILITAR EN LOS EE. UU. Activo Inactivo Reservista Veterano Ninguno

## ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR SUFRE DE UNA DISCAPACIDAD? Sí No

## PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

Nombre del proveedor	Nombre de la institución	Número de teléfono
----------------------	--------------------------	--------------------

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro: _____ (parentesco con el Paciente)	Teléfono primario:
--------	--	--------------------

## IDIOMA

¿En qué idioma podemos satisfacer mejor sus necesidades de atención médica (incluido el lenguaje de señas)? \_\_\_\_\_

¿Necesitará un intérprete?  Sí  No

## INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR (Marque la forma de contacto preferida)

Nombre	<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro _____ (parentesco con el Paciente)	Fecha de nacimiento / /
--------	--	----------------------------

Número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> ¿Mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Correo electrónico
-------------------------	---

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
-----------	--------	--------	---------------	--

Empleado - Padre/Madre/Tutor	Dirección del Empleador	Teléfono del Empleador	Estado laboral (Seleccione uno)
------------------------------	-------------------------	------------------------	---------------------------------

## TRABAJADORES AGRÍCOLAS en los últimos dos años:

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado en Agricultura (campos, huertas, etc.) como fuente principal de ingresos?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿esta persona cambia de residencia como parte de su trabajo?  Sí  No

¿Usted o algún miembro de su familia ha dejado de migrar para trabajar en la Agricultura por discapacidad o vejez??  Sí  No

## SITUACIÓN HABITACIONAL

¿Es usted dueño o alquila su casa?  Sí  No - Si no, ¿cómo describiría su situación habitacional ahora mismo?

Vivienda permanente con servicios auxiliares (New Path, CHOIS)  Hotel con habitaciones simples

Vivo temporalmente con un familiar o amigo - ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Veterano de EE. UU. en riesgo de quedarse sin hogar  Menor de edad en riesgo de quedarse sin hogar

Vivo temporalmente en:  Calle/ Coche/ Acampando  Albergue o  Vivienda de transición para personas sin hogar  Otro \_\_\_\_\_

(Describir)

Incluya todas las fuentes de ingresos: salarios, Seguro Social, desempleo, activos, pensiones, manutención de los hijos

## INGRESOS FAMILIARES

Prefiero no proporcionar esta información

Ingreso familiar total antes de impuestos: \$ \_\_\_\_\_  Por hora \_\_\_\_\_  Mensual  Anual  
Horas por semana

Cuantos miembros de la familia viven en casa; incluyendo padres, hijos. (Pero no miembros de la familia extendida.) \_\_\_\_\_

Paciente/Padre/Madre/Tutor	_____ Fecha de nacimiento	Cónyuge/Padre/Madre/Tutor	_____ Fecha de nacimiento
Hijo(a)	_____ Fecha de nacimiento	Hijo(a)	_____ Fecha de nacimiento
Hijo(a)	_____ Fecha de nacimiento	Hijo(a)	_____ Fecha de nacimiento
Hijo(a)	_____ Fecha de nacimiento	Hijo(a)	_____ Fecha de nacimiento

**¿Le gustaría utilizar esta información para solicitar nuestro programa de descuentos?**  Sí  No

Entiendo que la verificación de mis ingresos puede ser auditada para comprobar su precisión, y me comprometo a proporcionar todos los registros solicitados. Doy mi permiso a Terry Reilly para compartir mi información con cualquier organización, otorgante o proveedor (y sus auditores) que me brinde servicios con descuento a solicitud de Terry Reilly. Ejemplos de tales organizaciones son los laboratorios, servicios de imágenes médicas o especialistas médicos, etc.

## INFORMACIÓN DE SEGUROS (Enumere toda cobertura médica y dental)

Marque si no tiene Seguro

Nombre del seguro médico	Número de póliza	Número del grupo
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> El Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre Parentesco con el paciente
Nombre del seguro médico	Número de póliza	Número del grupo
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> El Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre Parentesco con el paciente
Nombre del seguro dental	Número de póliza	Número del grupo
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> El Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre Parentesco con el paciente

## ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS

**Exactitud y veracidad de la información:** La información que he proporcionado es completa y precisa. Entiendo que proporcionar información falsa de forma intencional podría excluirme de los servicios de Terry Reilly, y que se me podrían cobrar los descuentos recibidos de esta manera.

**Derechos y responsabilidades del paciente:** Se me ha dado acceso a – y tengo derecho a una copia de – los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Terry Reilly.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Se me ha dado acceso a – y tengo derecho a una copia de – el Aviso de Prácticas de Privacidad de Terry Reilly.

**Información de salud:** Entiendo que la información sobre mi salud puede ser compartida entre las divisiones dentales, médicas y de salud mental de Terry Reilly.

**Intercambio de datos de salud de Idaho (IDHE, por sus siglas en inglés):** entiendo que Terry Reilly es miembro del IHDE, un intercambio seguro de información de salud a través del Internet para mejorar la calidad de la coordinación de la atención médica en Idaho. Entiendo que puedo "optar por no participar" en el IHDE al completar una solicitud para restringir la divulgación de información de salud y enviarla directamente al IHDE por correo o fax, o llamando al IHDE al (208) 332-7253.

**Programa de Acceso a Datos de Socios (PDAP, por sus siglas en inglés):** Terry Reilly Health Services puede acceder a mi información a través del Programa de Acceso a Datos de Socios (PDAP) del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para determinar mi elegibilidad para descuentos en atención médica.

**La recepción de servicios de planificación familiar no es un requisito previo para recibir cualquier otro servicio ofrecido.**

**Terry Reilly Health Services** es parte de un acuerdo de atención médica organizada que incluye participantes en OCHIN (las siglas en inglés para la Red de Información de Salud Comunitaria de Oregon). Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como socio comercial de Adapt Oregon, OCHIN proporciona tecnologías de información 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 nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que puedan derivarse del uso de sistemas de registros de salud electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las derivaciones de pacientes internas y externas. **Terry Reilly Health Services** puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información de salud sólo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los fines de las operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizada. Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras cosas, geo-codificar su ubicación de residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Normas de privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, será de conformidad con las Normas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifique periódicamente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya se haya proporcionado según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

**Certifico que la información proporcionada aquí es verdadera, completa y correcta. Notificaré de inmediato a Terry Reilly sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro, ingresos o el tamaño de mi familia.**

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente/Tutor (letra imprenta)

Firma del Paciente/Tutor

Fecha