



## Formulario de registro de pacientes

Le pedimos que responda a toda la información solicitada en letra de imprenta clara. Si tiene alguna pregunta, no dude en consultarnos. ¡GRACIAS!

Al proporcionar su dirección de correo electrónico y su número de teléfono móvil, podrá recibir mensajes de Tri-Area Community Health. Los mensajes pueden detenerse cuando usted lo indique.

### Información del paciente

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: ☐ M ☐ F  
(PRIMER NOMBRE) (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE) (APELLIDO)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Teléfono particular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Tel. móvil: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Es un veterano? (Marque con un círculo) ☐ Sí ☐ No

Número de seguro social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil: (Marque con un círculo) S ☐ C ☐ D ☐ V (Soltero/Casado/Divorciado/Viudo) Edad: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

### Información de la parte responsable

\_\_\_\_\_ Usted \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ Padre o madre \_\_\_\_\_ Otro

Nombre: \_\_\_\_\_  
(PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (APELLIDO)

Domicilio real: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Teléfono particular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

### Información del seguro

¿Quién es el titular de la póliza de seguro?: (Marque con un círculo) ☐ Usted ☐ Cónyuge ☐ Padre o madre

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
(PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (APELLIDO)

Número de seguro social o número de identificación de póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

### Contacto en caso de emergencia

Contacto de emergencia que no sea el cónyuge: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (APELLIDO)

Teléfono particular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FARMACIA DE PREFERENCIA: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

(El formulario continúa en el reverso)

La siguiente información es únicamente a efectos de subvención del servicio de salud pública. Ninguna información personal que le identifique será registrada. Al proporcionar esta información, usted nos ayuda a continuar recibiendo fondos para brindar servicios a la comunidad y poblaciones especiales. Seleccione las respuestas a continuación.

**RAZA:** (Marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Indígena asiático
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro grupo asiático
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Nativo de otra Isla del Pacífico
- ☐ Nativo de Guam o Chamorro
- ☐ Samoano
- ☐ Blanco
- ☐ Más de una raza
- ☐ **No informa/decide no revelar la raza**

**Origen étnico:** ¿Es hispano o latino ☐ No es hispano, latino o español ☐ **No informa/decide no revelar**

- ☐ Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- ☐ Sí, puertorriqueño
- ☐ Sí, cubano
- ☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español

**Idioma de preferencia:** ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_ ¿Se necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

¿Se desplaza a distintos lugares para trabajar en una granja o en la agricultura? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted indigente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿dónde duerme por la noche? ☐ Refugio ☐ Calle ☐ Me quedo con un amigo ☐ Otro

**Número de personas en el hogar** \_\_\_\_\_

**Ingreso anual del hogar** (Marque una opción con un círculo a continuación).

<input type="radio"/> 0-\$10 000	<input type="radio"/> \$25 000-29 999	<input type="radio"/> \$50 000-59 999	<b>Prefiere no informar</b>
<input type="radio"/> \$10 000-14 999	<input type="radio"/> \$30 000-34 999	<input type="radio"/> \$60 000-69 999	
<input type="radio"/> \$15 000-19 999	<input type="radio"/> \$35 000-39 999	<input type="radio"/> \$70 000-79 999	
<input type="radio"/> \$20 000-24 999	<input type="radio"/> \$40 000-49 999	<input type="radio"/> \$80 000 o más	

**Género actual:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐ **Prefiere no informar**

**Transgénero:** ☐ Masculino a femenino ☐ Femenino a masculino

**Orientación sexual:** ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ **Prefiere no informar**  
☐ Desconoce ☐ Otro

¿Dónde se enteró de la existencia de Tri-Area? ☐ Universidad ☐ Evento comunitario ☐ Familia/Amigos  
☐ Departamento de Salud/DSS ☐ Periódico ☐ Sitio web/Facebook, etc. ☐ Otro



## AUTORIZACIONES Y CERTIFICACIONES

POR LA PRESENTE AUTORIZO LO SIGUIENTE:

- Tri-Area Community Health, a través de su personal médico o personal pertinente, podrá realizar, administrar, recetar, o hacer que me realicen, administren o receten a mí o a cualquiera de los miembros de mi familia (incluidos los hijos menores de edad) cuyos nombres aparecen a continuación, los exámenes, pruebas, vacunas, inyecciones y procedimientos de diagnóstico que se consideren necesarios. Asimismo, certifico que toda la información aquí contenida es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y que no se ha omitido ningún dato.
- Autorización y cesión al seguro para facilitar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamientos, y por la presente cedo al médico o médicos todos los pagos por los servicios médicos prestados tanto a mí como a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro.
- Autorización de por vida de Medicare para servicios físicos y solicitud para que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se efectúe ya sea a mí o en mi nombre a Tri-Area Community Health, Inc., que opera bajo el nombre de Tri-Area Community Health, por los servicios que me hayan prestado sus médicos. Autorizo al titular de mi información médica a proporcionar a la administración de financiación de la asistencia sanitaria y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estas prestaciones o las prestaciones pagaderas por servicios relacionados.
- Consentimiento estimado para patógenos de transmisión sanguínea designados:  
La ley de Virginia exige que los proveedores de atención médica le notifiquen que se pueden realizar pruebas de hepatitis B y C o VIH (virus del SIDA) con una muestra de su sangre si un trabajador de atención médica queda expuesto a su sangre o fluidos corporales. El siguiente aviso es para informarle que esto está en vigor en esta instalación.  
En virtud de la sección 32.1-45.1 de las Leyes de la Asamblea de Virginia, siempre que un trabajador de atención médica asociado o que trabaje para Tri-Area Community Health esté directamente expuesto a fluidos corporales de un paciente de forma que se pueda transmitir el VIH (virus del SIDA) o la hepatitis B y C según las pautas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Tri-Area Community Health procederá a realizar un análisis de sangre del paciente para detectar VIH y hepatitis B y C. Tri-Area Community Health proporcionará los resultados del análisis al paciente a través de su proveedor de atención primaria y al trabajador de atención médica que estuvo expuesto. La política de Tri-Area Community Health también le protege a usted como paciente, en caso de que se vea expuesto a los fluidos corporales de un trabajador de atención médica.
- Derechos de los menores: por lo general, los padres tienen derecho a acceder a los registros de salud de sus hijos menores de edad. Sin embargo, las leyes de Virginia otorgan a los menores derechos de privacidad adicionales para los registros relacionados con los servicios de salud conductual y reproductiva, incluidos los servicios relacionados con la salud mental, el control de la natalidad, el embarazo y la planificación familiar. Su hijo menor de edad puede tener derecho a solicitar atención médica y restringir el acceso a sus registros médicos para este tipo de servicios.
- Pacientes de Patrick County Family Practice (solamente) en un esfuerzo por coordinar la atención de los pacientes atendidos en Stuart en Patrick County Family Practice, los registros se compartirán entre Patrick County Family Practice y Tri-Area Community Health.
- ASIMISMO, CERTIFICO que he leído y comprendo la política de recolección de Tri-Area Community Health y me comprometo a cumplirla. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

- **TAMBIÉN CERTIFICO** que he leído y comprendo la Política de No Comparecencia de Tri-Area Community Health y me comprometo a cumplirla. \_\_\_\_\_(Iniciales)

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO DE REGISTRO ES VERDADERA, EXACTA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_



# Tri-Area Community Health

Tri-Area Community Health Centers

866-942-0401 Teléfono  
276-398-3331 Fax

## AUTORIZACIÓN DE PERMISO PARA CHARLAR SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente doy mi permiso a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación para recibir información sobre mi atención médica:

NOMBRE	RELACIÓN	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Reconocimiento de recepción del Aviso de prácticas de privacidad

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido el  
(Nombre del paciente en letra imprenta)

Aviso de prácticas de privacidad de Tri-Area Community Health, Inc.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## O BIEN

en lugar de la firma del paciente, yo, \_\_\_\_\_,  
(Nombre en letra imprenta)

un miembro del personal de Tri-Area Community Health, declaro que

\_\_\_\_\_ ha recibido nuestro  
(Nombre del paciente en letra imprenta)

Aviso de prácticas de privacidad actual.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(ARCHIVAR EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE)



## Política de pago

### Pagos

El pago es debido en el momento del servicio. No se puede renunciar a los copagos. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas bancarias, giros postales, MasterCard, Visa y Discover.

### Seguro médico

Presentaremos reclamos a la mayoría de las principales compañías de seguros, incluidas Medicare y Virginia Medicaid. Por favor traiga su tarjeta de seguro con usted a cada visita para que podamos asegurar que nuestros registros sean precisos.

Si su seguro requiere una referencia o autorización previa para que lo vean en Tri-Area Community Health, es su responsabilidad obtenerlo antes de su visita. Si no se obtiene, usted será responsable de los cargos.

Las preguntas específicas sobre la cobertura del seguro deben ser abordadas por su proveedor, o nuestra oficina frontal puede ayudarlo.

## Política de ausencia

Para garantizar que cada paciente reciba la cantidad de tiempo asignado para su visita y para brindar atención de la más alta calidad, es muy importante que cada paciente programado asista a su visita a tiempo. Si es necesario que re programe o cancelar su cita, llámenos al menos 24 horas antes de su cita programada.

Si llega después de su cita programada, es posible que se le pida que re programe su cita para acomodar a los pacientes que han llegado a tiempo.

**Los pacientes con ausencias repetidas y cancelaciones de último minuto serán colocados en un programa alternativo de programación de citas. Si se les coloca en el programa alternativo de programación de citas, los pacientes solo pueden programar citas "el mismo día" según estén disponibles y no se les permitirá programar citas previas.**

## Instalación libre de tabaco/vape

Cualquier uso de cualquier forma de producto de tabaco, incluida cualquier variación de cigarrillo electrónico o dispositivo de vapeo, está estrictamente prohibido en cualquier área interior o exterior de esta organización, incluidos los vehículos personales en todos los terrenos administrados por la organización.



### Formulario de consentimiento del Centro de Salud Escolar

Nombre del estudiante: : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

#### ATENCIÓN MÉDICA

##### Servicios prestados:

- Exámenes físicos para la escuela, los deportes y los campamentos
- Tratamiento para enfermedades y lesiones agudas y crónicas
- Exámenes de la vista/audición y seguimiento
- Referencias para servicios especializados
- Pruebas y servicios básicos de laboratorio

#### SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

##### Servicios prestados:

- Terapia de conversación para abordar problemas de salud mental
- Herramientas para mejorar la regulación emocional, las habilidades de afrontamiento y las habilidades sociales
- Derivaciones para atención especializada

#### School-Based POR FAVOR, FIRME EN EL REVERSO

¿Su hijo/a tiene seguro médico? S / N Si respondió que sí, especifique: \_\_\_\_\_

N.º de Medicaid / Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

¿A dónde lleva a su hijo/a a ver al médico? \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: : \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Lista de alergias a medicamentos, alimentos, picaduras de abeja, etc.: \_\_\_\_\_

Si su hijo/a sufre alergias, ¿necesita un Epi-Pen? S / N

Lista de medicamentos actuales, dosis y tiempo de toma: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a algún problema médico, incluidas discapacidades físicas/de aprendizaje? S / N

Si respondió que sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Los hermanos o padres del niño/a tienen algún problema médico, o su hijo/a alguna vez se ha sometido a una cirugía?

Si respondió que sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma se habla con más frecuencia en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información de salud importante que debemos saber? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría solicitar alguna otra ayuda, o tiene algún comentario para ayudar al centro de salud a atenderle mejor? S / N



### Información De Los Padres/Tutores

Madre/Tutor: : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

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

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o madre asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros y número de póliza: \_\_\_\_\_

### Autorización Para La Divulgación De Información

De acuerdo con las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), el personal del Centro de Salud Escolar utilizará y compartirá la información de salud personal de mi hijo/a para los siguientes fines: 1) el tratamiento de su afección médica y el mantenimiento de la continuidad de su atención, 2) el pago de los servicios de salud proporcionados a mi hijo/a, y 3) las operaciones rutinarias de atención médica, incluyendo la mejora de la calidad, la acreditación, fines educativos u otras divulgaciones según lo exija la ley. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en los lugares donde mi hijo/a recibe atención médica y en el sitio web de Tri-Area Community Health (TACH).

Para que el personal del centro de salud escolar pueda brindar servicios, autorizo a la escuela a divulgar los expedientes escolares, solo cuando sea necesario, al personal del centro de salud escolar, y también autorizo al personal del centro de salud escolar a divulgar los expedientes médicos a la escuela, al departamento de salud y a mi proveedor de atención médica, según sea necesario para facilitar el tratamiento y/o la continuidad de la atención médica de mi hijo/a. Estos expedientes pueden incluir, entre otros, la siguiente información: registros de vacunación, horarios de clases, información de contacto de los padres/tutores, dirección, número de teléfono, afecciones médicas y de salud mental, exámenes de salud, medicamentos, planes de atención médica e información de asistencia. Los profesionales de la salud física y mental del centro de salud escolar pueden participar en los equipos de éxito estudiantil o de asistencia, si fuera necesario. También autorizo a otros proveedores de atención médica del estudiante mencionado anteriormente a divulgar información al personal del centro de salud escolar, según sea necesario.

Entiendo que si mi hijo/a necesita los servicios de salud escolares, se harán intentos razonables para contactarme y, si no me localizan, doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea atendido/a por los profesionales de la clínica.

Por la presente, autorizo al Centro de Salud Escolar a proporcionar los servicios indicados anteriormente. Autorizo a TACH a presentar la reclamación a mi compañía de seguros por los servicios prestados. Solicito que el pago se realice directamente a TACH. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, independientemente de mi cobertura de seguro. Los formularios de solicitud de tarifas reducidas están disponibles en [www.triareahealth.org](http://www.triareahealth.org).

**Al firmar este consentimiento, confirmo que soy el padre/madre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y que estoy autorizado/a para otorgar este consentimiento. Este consentimiento tendrá validez durante un año a partir de esta fecha.**

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha