



\_\_\_\_\_ **LF** \_\_\_\_\_ **Floyd** \_\_\_\_\_ **Ferrum** \_\_\_\_\_ **Fries**  
 \_\_\_\_\_ **Troutdale** \_\_\_\_\_ **Stuart** \_\_\_\_\_ **Ciudad de Galax**

# 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 |
| <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  |

**Prefiere no informar**

**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

El formulario continúa en la página 3

## 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:** \_\_\_\_\_



**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

**Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba atención médica** a través del Centro de Salud Escolar.

¿Su hijo/a tiene seguro médico? S / N

**Seguro médico (elija uno):**

N.º de Medicaid / Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre asegurado, nombre del seguro y número de póliza**

¿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/la niña tienen algún problema médico? S / N. Si respondió que sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a alguna vez se ha sometido a una cirugía? S / N Si respondió que sí, describa: \_\_\_\_\_

¿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? \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje de voz con resultados **NEGATIVOS** de las pruebas?  SÍ  NO \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, FIRME EN EL REVERSO**

### Información de los padres/tutores

Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial/laboral: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial/laboral: \_\_\_\_\_  
Dirección del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

### Autorización para la divulgación de información

En cumplimiento de las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), los miembros del personal del Centro de Salud Escolar utilizarán y compartirán mi Información Médica Personal (Personal Health Information, PHI) para: 1) el tratamiento de la afección de salud de mi hijo/a y la continuidad de la atención de mi hijo/a, 2) el pago de los servicios de salud prestados a mi hijo/a, y 3) las operaciones rutinarias de atención médica, incluida la mejora de la calidad, acreditación, fines educativos, u otras divulgaciones según lo requerido por la ley. Entiendo que el documento de Aviso de Prácticas de Privacidad está a mi disposición en los lugares donde mi hijo/a recibe sus servicios de atención médica y en el sitio web de Tri-Area Community Health (TACH).

Para que los miembros del personal del centro de salud brinden servicios, autorizo a la escuela a divulgar los registros escolares según la “necesidad de saber” a los miembros del personal del Centro de Salud Escolar, y también autorizo al personal del Centro de Salud Escolar a divulgar la historia clínica a la escuela, al departamento de salud y a mi proveedor de atención médica según sea necesario para ayudar en el tratamiento o la continuidad de la atención de mi hijo/a. Estos registros pueden incluir, entre otros, registros de vacunas, horarios de clases, contacto, dirección, número de teléfono de padres/tutores, afecciones médicas y de salud conductual, exámenes de salud, medicamentos, planes de atención médica o información de asistencia. Los proveedores médicos y de salud mental del Centro de Salud Escolar pueden participar en equipos de éxito o asistencia estudiantil, si es necesario. También autorizo a otros proveedores de atención médica del estudiante mencionado anteriormente a divulgar información a los miembros del personal del Centro de Salud Escolar según sea necesario.

Entiendo que si mi hijo/a requiere los Servicios de Salud Escolar, se harán intentos razonables para contactarme y, si no me pueden localizar, doy mi consentimiento para que los proveedores en la clínica atiendan a mi hijo/a.

Por la presente autorizo al Centro de Salud Escolar a proporcionar los servicios indicados anteriormente. Autorizo a TACH a presentar mi seguro por los servicios prestados. Solicito que el pago se haga directamente a TACH. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, independientemente del estado o la falta de seguro. Las solicitudes de tarifas móviles están disponibles en [www.triareahealth.org](http://www.triareahealth.org).

**Al firmar este consentimiento, confirmo que soy el padre/madre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y estoy autorizado para dar este consentimiento. Este consentimiento estará vigente durante un año a partir la fecha indicada.**

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_