

Rural Health Services, Inc.
Formulario de registro de pacientes

Nombre completo del paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de seguridad social ____ - ____ - ____ Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencias _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación _____

Nombre de la farmacia preferida _____ Localidad _____

Sexo al nacer: Masculino Femenino

Identificación de género: Masculino Femenino Hombre transgénero (femenino a masculino) Mujer transgénero (masculino a femenino) Género Queer Otro Prefiere no revelarlo.

Orientación sexual: Lesbiana/Gay/Homosexual Heterosexual Bisexual Otra

No sabe Prefiere no revelarlo.

Estado civil: Soltero Casado En pareja Separado Divorciado Viudo Se desconoce **Etnicidad:**

Hispano o latino Ni hispano ni latino.

Raza (marque todo lo que corresponda): Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawái Isleño del Pacífico Blanco Se reusa a reportarlo Multiracial _____

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro _____ **Requiere traductor:** Sí No

¿No tiene hogar?: Sí No; **Si marcó sí, ¿está** Compartiendo una habitación En un refugio para indigentes
 Vivienda de transición Otro Calle

¿Es veterano?: Sí No

¿Es agricultor?: Sí No; Si la respuesta es sí, es Inmigrante Temporal

Por favor, ayúdenos a extender nuestros servicios a aquellos que lo necesiten proporcionando a continuación información sobre usted y su familia:

Tamaño de la familia: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 o más.

Nivel de ingresos: menos de \$12,880 \$12,881-\$17,420 \$17,421-\$21,959 \$21,960-26,499 \$26,500-\$31,039
 \$31,040-\$35,579 \$31,580-\$40,119 \$40,120-\$44,659 más de \$44,660

SCHIEx (Intercambio de Información de Salud de Carolina del Sur) permite a los médicos de Carolina del Sur observar la información necesaria del paciente para así tomar decisiones bien informadas. Al brindar acceso en tiempo real a datos que salvan vidas, SCHIEx está mejorando la calidad, seguridad y eficiencia de la prestación de atención médica en nuestro estado.

Consentimiento a SCHIEx: Sí No

Rural Health Services, Inc.
Formulario de registro de pacientes

Información de salud confidencial:

Autorización de información médica confidencial para discutir la atención y el tratamiento y/o el pago a la(s) persona(s) que se señala(n) a continuación. Esto no le da permiso a la(s) persona(s) mencionada(s) para tomar decisiones de atención médica por el paciente. Rural Health Services, S.A., (RHS) no divulgará Información de salud confidencial a cualquier persona que no figure en la lista, excepto cuando se demuestra que el paciente no se opone, como en el caso de que el paciente traiga a una persona a la sala de examen en el momento de discutir el tratamiento. (45CFR.164.502(F) y 64.502(G)).

Por medio de la presente autorizo la divulgación de mi Información médica confidencial para la discusión de mi atención y tratamiento y/o pago a las personas mencionadas a continuación.

Por la presente no autorizo la divulgación de mi Información médica confidencial para discutir mi atención y tratamiento y/o pago a nadie.

1.

Nombre completo	Relación	Teléfono
-----------------	----------	----------
2.

Nombre completo	Relación	Teléfono
-----------------	----------	----------
3.

Nombre completo	Relación	Teléfono
-----------------	----------	----------

Acceso al portal del paciente: el portal del paciente proporciona acceso electrónico para ver parte de los registros médicos, citas programadas, enviar preguntas al personal médico, etc. El portal del paciente es seguro y se encuentra protegido con contraseña.

Consentimiento para el portal del paciente: Sí No

Garante

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de seguridad social: ____ - ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: ____

Teléfono: (____) _____ - _____

Información del seguro:

Compañía de seguros primaria: _____ Número de póliza: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Número de póliza: _____

Rural Health Services, Inc.
Formulario de registro de pacientes

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para lo siguiente:

Confidencialidad: soy consciente de que la información sobre el tratamiento se considera confidencial y se utilizará de manera coherente con la conducta profesional adecuada y solo se divulgará a fuentes externas de conformidad con los estatutos y reglamentos de las leyes estatales y federales aplicables o cuando lo ordene un tribunal.

Acuerdo financiero: acepto pagarle a RHS por los servicios prestados. Reconozco que el pago vence al momento del servicio y es cobrable al momento de recibir un estado de cuenta. Esto incluye todos los montos de copago, deducibles y copagos de tarifa variable. Si el pago no se ha recibido en un plazo de 120 días a partir de la fecha del servicio o si no se cumple con los requisitos del Acuerdo Financiero, la cuenta se enviará a cobros. Se pueden hacer acuerdos de pago con el Departamento de Facturación si las cuentas no se pueden pagar en su totalidad en el momento del servicio.

Acuerdo de facturación del seguro: RHS presentará la reclamación del seguro. La responsabilidad del pago puntual al Seguro sigue siendo del paciente. No es política de RHS ponerse en contacto con proveedores fuera de la red para establecer qué han pagado o por qué han pagado menos de lo indicado originalmente.

Solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizado se realice a mí o en mi nombre al proveedor o proveedores de RHS, por los servicios prestados a la parte que acepta la asignación. Se aplican las regulaciones relativas a las asignaciones de beneficios de Medicare. Autorizo a cualquiera en posesión de mi Información médica confidencial a ser divulgada a la Administración del Seguro Social y la Administración de Financiamiento de la Atención Médica; sus intermediarios o proveedor, cualquier información necesaria para reclamos de seguros. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar de la original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico para mí o para la parte que acepta la asignación. Entiendo que la información de facturación relacionada con los servicios prestados podría divulgarse a mi proveedor de seguros para el pago de los servicios recibidos.

RHS no presenta seguros de responsabilidad civil, como cobertura de vehículos motorizados o de terceros. Si lo solicita, le proporcionaremos la información necesaria para que presente su reclamo de cobertura de terceros.

Reclamaciones de compensación para trabajadores: los reclamos se enviarán al empleador para que los procese su compañía de compensación. Será responsabilidad del paciente pagar cualquier parte de la reclamación que se niegue o se determine que no está relacionada o si el paciente no proporciona la información adecuada para presentar esta reclamación.

Consentimiento para tratamiento (ADULTO): doy mi consentimiento para recibir cualquier tratamiento o procedimiento que el personal profesional de RHS considere necesario. Entiendo y me apegaré a todas las declaraciones anteriores.

Consentimiento para el tratamiento (NIÑO o ADULTO INCAPACITADO): por medio de la presente declaro que soy uno de los padres, la custodia legal principal o la custodia legal conjunta del paciente se presenta hoy para aprobar el tratamiento. Doy mi consentimiento como tutor para cualquier tratamiento o procedimiento que el personal profesional de RHS considere necesario. Entiendo y me apegaré a todas las declaraciones anteriores.

*** Se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Rural Health Services, Inc ***

*** Este centro de salud recibe fondos del HHS y tiene un estatus de acreditado por el Servicio Federal de Salud Pública (PHS) con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos ***

Nombre completo del paciente en letra de molde: _____

Firma del paciente / tutor legal: _____ Fecha: _____

Asistencia para completar el formulario proporcionada por:

Personal de RHS _____ u Otro _____