



Fecha: _____

Somos un centro de salud calificado a nivel federal y estamos obligados a recopilar estos datos. La siguiente información es para fines de recopilación de datos y no afectará su atención.

Información demográfica			
Nombre legal: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Nombre anterior: _____		Número de seguro social: _____	
Nombre preferido: _____		Números de teléfono	Seleccionar mejor Número usar
Dirección de envío: _____			
Código postal: _____		Hogar (____) ____ - _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico: _____		Celúla (____) ____ - _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Le gustaría estar registrado en nuestro Portal del Paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Trabajar (____) ____ - _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo de nacimiento <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino		Orientación sexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexual <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elige no revelar	
Información de ingresos: nos ayuda a revisar y evaluar los niveles de pobreza de toda nuestra población de pacientes.			
¿Cuál es el ingreso anual del hogar? \$ _____ <input type="checkbox"/> Elige no revelar			
¿A cuántas personas (incluyéndote a ti) sustenta este ingreso? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otra _____			
Es política del CHCNC ofrecer un programa de tarifas variable para todos los pacientes que se encuentran en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. ¿Desea hablar con alguien sobre nuestro programa de tarifas móviles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Información del seguro			
Seguro Médico Primario <input type="checkbox"/> No tengo seguro medico		Seguro dental primario (solo pacientes dentales) <input type="checkbox"/> No tengo seguro dental	
Nombre de la compañía de seguros: _____		Nombre de la compañía de seguros: _____	
Número de póliza médica: _____		Número de póliza dental: _____	
Nombre del asegurado _____		Nombre del asegurado: _____	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____		Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____	
Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____		Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____	
Información de la parte responsable - <small>Persona responsable del pago de la cuenta del paciente</small>		Contacto de emergencia	
<input type="checkbox"/> Igual que el paciente		Nombre: _____	
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____		Número de teléfono: _____	
Número de seguro social: _____		Relación con el paciente:	
Dirección: _____		<input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia	
Código postal: _____		<input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo	
Número de teléfono: _____			
Relación con el paciente: (*Se requiere prueba de estatus legal)			
__Ser __Madre o Padre __Guardián __Padre de la custodia*			
__Padre adoptivo* Agencia de padres de crianza _____			



Fecha: _____

Estado civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> ¿Necesitas un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grupos raciales <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco / caucásico <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Negarse a especificar
Otras características <input type="checkbox"/> Amish <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Individuo con una discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Trabajador de temporada <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Elige no informar	Etnicidad <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> No hispano / latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Negarse a especificar	

Información sobre empleo/educación	
<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Desactivado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otra Nombre del empleador: _____ ¿Está cubierto por el seguro de su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial Nombre de la escuela/universidad: _____ ¿Estás cubierto por el seguro de tu escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información de farmacia	
Farmacia preferida: _____ Estado de la Ciudad: _____	¿Está bien enviarle por mensaje de texto confirmaciones de citas y notificaciones de recetas enviadas a su farmacia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otra información	
¿Cómo te enteraste de nosotros? _____	Proveedor de atención primaria: _____

Consentimiento para discutir información de salud protegida: Información de salud protegida (PHI) significa información de identificación individual relacionada con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un individuo, la prestación de atención médica a un individuo, o el pasado, presente o futuro. pago por la atención médica brindada a un individuo. El tratamiento de atención médica consta de servicios brindados por cada disciplina dentro de CHCNC: primaria, salud mental, odontología, optometría, fisioterapia y cuidado de los pies. Este consentimiento es limitado y no incluye permiso para hablar sobre tratamientos contra el alcohol o las drogas o información confidencial relacionada con el VIH/SIDA, que necesita una autorización especial firmada.

Permiso para acompañar a pacientes MENORES SOLAMENTE (menores de 18 años) Las siguientes personas tienen mi permiso para acompañar al menor de edad mencionado anteriormente a una cita de atención médica en Community Health Center of the North Country. Entiendo que esta persona tendrá conocimiento de mi PHI. Entiendo que si se necesita un procedimiento invasivo o vacunas, tendré que traer al niño o estar disponible para recibir consentimiento por teléfono.

Doy permiso a CHCNC para discutir mi PHI (o la PHI del paciente mencionado anteriormente para el que estoy autorizado a dar consentimiento) con las siguientes personas:

Nombre:	Relación:	Teléfono:	Consentimiento para Discutir PHI	Permiso para Acompañar a un menor
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí

Entiendo que tengo derecho a revocar estos permisos, por escrito, en cualquier momento, excepto en lo que respecta a acciones que el Centro de Salud ya haya tomado debido a este consentimiento.

Nombre del paciente/tutor legal en letra de imprenta: _____ **Firma:** _____

CHCNC SÓLO PARA USO DE OFICINA - I have reviewed with the patient and explained the importance of collecting this information.

Staff Signature: _____ Date: _____