

FECHA: _____

HISTORIAL SOCIAL Y DATOS DEMOGRÁFICOS



Información del paciente

Nombre		Inicial media	Apellido
Nombre preferido		Fecha de nacimiento	SSN:
Dirección postal		Ciudad	Estado/Código postal
Dirección física si es diferente de la anterior		Ciudad	Estado/Código postal
Teléfono residencial		Teléfono celular	Otro
Dirección de correo electrónico			Método de contacto preferido (teléfono, texto, correo electrónico):
En caso de emergencia, póngase en contacto con: <i>(Nombre y apellido)</i>			Número de contacto:
Dirección:			Relación:
Raza: _____ (Enumere todos los que correspondan) Blanco, Negro, Asiático, Nativo de Hawai, Alaska/Indio nativo, Isleño del Pacífico, Otro.	Origen étnico: _____ Hispano, no hispano o Elija no revelar. Si es hispano, especifique el origen: _____		Idioma preferido: _____ Inglés, Español, Hindi, Otro Si es otro, sírvase enumerar: _____
Género al nacer: _____ Hombre o mujer	Identificación de género: _____ Hombre, mujer, no binario, transgénero hombre/mujer a hombre, transgénero mujer/hombre a mujer, otro.		Orientación sexual: _____ Heterosexual, lesbiana o gay, bisexual, otro.
Estado civil: _____		Tamaño del hogar: _____	Ingreso anual del hogar: _____
¿Es usted un veterano militar de los Estados Unidos?	¿Eres un trabajador estacional? _____	¿Es usted un trabajador migrante? _____	
¿Recibes Vivienda Pública?		¿Está actualmente sin hogar?	
¿Tiene una directiva anticipada? (Directiva para el médico, poder notarial médico, DNR fuera del hospital)? _____ <i>En caso afirmativo, traiga prueba / copia de la directiva para el archivo del paciente.</i>			
¿Tiene seguro médico? _____ En caso afirmativo, indique el nombre del seguro (s): _____ (Medicare, Medicaid, Seguro privado, beneficios del VA, CHIP, ninguno/pago por cuenta propia)			
Nombre de la farmacia preferida: _____		Número de teléfono: _____	

PARA MENORES DE EDAD:

Nombre de la madre: _____ Número de contacto: _____

Nombre del padre: _____ Número de contacto: _____

Nombre del tutor: _____ Número de contacto: _____



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

Por favor, escriba sus iniciales en cada línea, según corresponda.

_____ Me he presentado para recibir atención médica y doy mi consentimiento para dicha atención médica y tratamiento, incluyendo cualquier procedimiento de diagnóstico y pruebas que el médico (s), y todos los proveedores de TAN Healthcare determinen que son necesarios. **Reconozco** que puedo recibir pruebas de detección de ETS, VIH y Hepatitis C como parte de los servicios de prevención y diagnóstico, y que los resultados positivos de tuberculosis, VIH/SIDA y/o sífilis deben informarse según lo exige el Estado de Texas. **Reconozco** que no se ha hecho ni se hará ninguna garantía en cuanto al resultado de la cura o tratamiento. Tengo el **derecho legal de consentir al tratamiento médico** porque soy el paciente, o soy el padre/tutor del paciente. Toda referencia a "paciente", "yo" y "mi" en este documento significa: _____

(NOMBRE DEL PACIENTE)

_____ **USO DE DATOS: Doy mi consentimiento para la toma de fotografías** relacionadas con la atención y el tratamiento y entiendo que dichas fotografías pueden formar parte del historial clínico y / o usarse para fines internos, como mejorar el rendimiento y la educación. Reconozco que la información demográfica y otros datos / información de salud que describen la atención, los servicios y los resultados del paciente se recopilan y utilizan para operaciones de atención médica, informes y comparaciones con otros proveedores. Los datos de rendimiento pueden agregarse e informarse por médico. Entiendo que TAN Healthcare hará todos los esfuerzos razonables para mantener el anonimato del paciente y del médico.

_____ **EXPEDIENTE MÉDICO ELECTRÓNICO:** TAN Healthcare comparte registros médicos electrónicamente con otros proveedores de atención médica para permitir y promover la continuidad de la atención entre los proveedores. **Entiendo** que si visito a otro proveedor que también participa en un sistema de registro médico electrónico, TAN Healthcare puede tener acceso a mi registro médico.

_____ **No quiero que se comparta mi historial médico con otros proveedores.**

*Escriba sus iniciales sólo si **no desea que se compartan sus datos.***

_____ **PRESCRIPCIONES ELECTRÓNICAS (E-Prescribing):** Autorizo la prescripción electrónica de recetas, que permite a los proveedores de atención médica transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección, revisar la información de beneficios de farmacia y el historial de dispensación de medicamentos siempre que exista una relación médica/paciente.

_____ **AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA:** Acepto la divulgación de toda la información médica, incluidos los resultados de las pruebas de VIH, y la información financiera necesaria para procesar este y cualquier reclamo futuro a mi aseguradora o pagador de beneficios de salud, ya que puedo designar a esa persona o entidad de vez en cuando, por un período indefinido o hasta que presente una revocación por escrito de este comunicado. Este consentimiento para divulgar y obtener información es válido hasta que se revoque y puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto con respecto a las divulgaciones ya realizadas. Se cargará una copia de la Política financiera de TAN en su portal para pacientes de Healow, y tuve la oportunidad de hacer preguntas.

_____ **RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Reconozco que me han ofrecido una copia **Aviso de prácticas de privacidad** ("Aviso"). El Aviso explica cómo TAN Healthcare puede usar y divulgar la información médica protegida del paciente para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. "Información de salud protegida" significa la información de salud personal del paciente que se encuentra en los registros médicos y de facturación del paciente. Si tiene preguntas sobre el Aviso, comuníquese con la Oficina de Privacidad al (409) 832-8338.

He leído y entiendo este formulario.

Nombre del paciente (impreso): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del padre/tutor si el paciente es menor de edad: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



DELEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por la presente, autorizo a una o todas las partes designadas a continuación **a solicitar, discutir y recibir** cualquier información médica protegida con respecto a mi atención médica y tratamiento. Esta información personal de salud (PHI) incluye mi información de tratamiento, facturación, pagos o cualquier información en mis registros médicos. Entiendo que la identidad de las personas designadas debe verificarse antes de la publicación de la PHI.

Esta autorización permanecerá vigente desde la fecha firmada a continuación hasta que sea revocada. Usted tiene derecho a revocar esta autorización por escrito.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará. Entiendo que la información divulgada a las personas designadas ya no estará protegida por la ley federal o estatal y podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona designada.

Nombre completo	Relación	Número de teléfono
Nombre completo	Relación	Número de teléfono
Nombre completo	Relación	Número de teléfono
Nombre completo	Relación	Número de teléfono
Nombre completo	Relación	Número de teléfono

Para menores de edad:

Yo (NOSOTROS) entiendo(entendemos) que en caso de que yo(nosotros) no esté(mos) disponible(s) para otorgar el consentimiento en nombre de mi hijo menor de edad, el consentimiento de la persona identificada anteriormente, a quien yo(nosotros) he(mos) otorgada autoridad para otorgar el consentimiento en nombre del hijo menor de edad se considerará suficiente para el/los tratamiento(s)/procedimiento(s) médico(s).

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR

FECHA



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD PARA EL PAGO POR CUENTA PROPIA

Es necesario que hagamos preguntas personales para ofrecerle un descuento en sus gastos médicos. Esta información se mantendrá archivada en nuestro Departamento de Facturación en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos ANUALMENTE desde el día en que comience a utilizar el centro de salud. Los comprobantes de ingresos incluyen declaraciones de impuestos, talones de cheques o cartas de adjudicación. Su ingreso anual se utilizará para calcular su pago por los servicios del centro de salud.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Últimos cuatro de SSN:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código postal:
Número de teléfono:	Teléfono celular:	

(iniciales) Elijo participar en el Programa de descuento de pago por cuenta propia y entiendo mis derechos.

Número de personas que viven en su casa: _____ ¿Cuál es su estado civil? _____

¿Vive con alguien, alquila o es dueño de su casa? _____

CANTIDAD DE INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

Usted mismo	Esposo(a)	Niños	Otra persona	Ingresos totales
\$	\$	\$	\$	\$

¿Tiene algún tipo de seguro que cubra la totalidad o una parte de sus gastos médicos? _____

En caso afirmativo, indique el nombre y el número de identificación del seguro - _____

Por favor, indique los nombres y fechas de nacimiento de TODOS los que viven en el hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento

Declaro que la información anterior es verdadera y le he dado permiso a TAN Healthcare para verificar toda la información proporcionada en esta solicitud. También entiendo que, si mis ingresos cambian, debo notificar a la recepción o al Departamento de facturación. Entiendo que toda mi información se mantendrá en estricta confidencialidad.

FIRMA:	FECHA:	Categoría de ingresos: si es elegible (solo oficina):
---------------	---------------	---

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA ELEGIBILIDAD DE PAGO POR CUENTA PROPIA

Los siguientes elementos son necesarios para que usted sea elegible como paciente de TAN Healthcare para participar en nuestro PROGRAMA DE DESCUENTO DE AUTOPAGO.

A cada paciente se le asignará un **período de gracia de 10 días** a partir de la fecha de su primer día de servicio para completar esta lista de documentos requeridos.

Después de 10 días, se le colocará automáticamente en nuestro PROGRAMA DE PAGO PROPIO, lo que significa que usted será responsable de pagar el precio total de todas sus visitas, laboratorios, imágenes y cualquier otro servicio que reciba de TAN Healthcare.

Para convertirse en un paciente establecido con TAN Healthcare, debe proporcionar a nuestra oficina lo siguiente:

- **IDENTIFICACIÓN CON FOTO**
- **COMPROBANTE DE DOMICILIO**
- **COMPROBANTE DE INGRESOS DEL HOGAR**
 - **DOCUMENTOS DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS ACTUALES**
 - **ÚLTIMOS DOS TALONES DE CHEQUE DEL MES ACTUAL**
 - **CARTA DE JUBILACIÓN O BENEFICIO DEL SEGURO SOCIAL**
 - **CARTA DE SUBSIDIO DE DESEMPLEO**
 - **CARTA DE PAGO DE MANUTENCIÓN INFANTIL**
 - **CARTA DE APOYO**
- **APLICACIÓN DE DESCUENTO DE PAGO POR CUENTA PROPIA**
- **FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN**

Al firmar este documento, usted declara que comprende los requisitos de nuestro PROGRAMA DE DESCUENTO DE AUTOPAGO. También reconoce que después de su período de gracia de 10 días, sus tarifas con TAN Healthcare se revertirán automáticamente del descuento de pago por cuenta propia a una visita de costo completo si nuestra oficina no ha recibido todos sus documentos.

NOMBRE IMPRESO

FECHA

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO



AUTODECLARACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Fecha de nacimiento:	Últimos cuatro de SSN:
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	

DECLARACIÓN DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA/DESEMPLEO:

Declaro que mi empleo principal es en la siguiente industria, _____ y que actualmente:

(Por favor, inicial en la línea es aplicable a usted)

_____ Estoy trabajando (tiempo completo o parcial).

_____ Actualmente no estoy trabajando.

_____ Actualmente trabajo por cuenta propia.

DESEMPLEADO:

Recibo ayuda de familiares / amigos, beneficios de desempleo y / o asistencia del gobierno para cubrir facturas. El siguiente miembro de la familia _____ Proporciona soporte de \$ _____ todos los meses y puede ser contactado en el siguiente número de teléfono _____ para la verificación del soporte.

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y TAMAÑO DE LA FAMILIA:

Declaro que el ingreso de mi hogar el año pasado fue de \$ _____ y que mi ingreso familiar mensual actual es de \$ _____.

También certifico que un total de _____ personas viven en mi casa.

Certifico que la información que proporcioné es correcta y autorizo al centro de salud a utilizarla. Entiendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para un descuento de pago por cuenta propia y, si es elegible, recibiré un descuento por servicios de salud durante un año a partir de la aprobación.

Entiendo que si no proporciono la documentación requerida, puedo continuar recibiendo mis servicios de atención médica en este centro, pero tendré que pagar el 100% de mi factura médica.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

PÓLIZA FINANCIERA



NOSOTROS en Triangle Area Network (TAN Healthcare) estamos comprometidos a brindarle a usted y a su familia la más alta calidad de atención, y nos complace discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, pregunte si tiene alguna pregunta sobre esta política financiera.

Usted es personalmente responsable del pago en el momento del servicio por todos los cargos que resulten de la atención proporcionada por TAN Healthcare.

Para ayudarnos a establecer su cuenta financiera de TAN Healthcare, por favor:

- Proporcione toda la información para la facturación precisa de su reclamo de seguro, incluida su tarjeta de seguro e información demográfica.
- Satisfacer todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos por su plan de salud el día en que se prestan los servicios.
- Proporcione a su compañía de seguros y a TAN Healthcare cualquier información adicional solicitada para completar el procesamiento de las reclamaciones presentadas en su nombre.
- Acepte informar inmediatamente cualquier cambio en su estado financiero y / o cobertura de seguro.

MENORES NO ACOMPAÑADOS:

Los menores deben tener una autorización para el tratamiento médico firmada por sus padres / tutores. El padre/tutor del menor es responsable de proporcionar la información actual del seguro. Tenga en cuenta que los copagos y / o deducibles se esperan en el momento del servicio.

CON RESPECTO A LOS PLANES DE SALUD Y SEGUROS:

Para cada visita a TAN Healthcare, es su responsabilidad asegurarse de que TAN Healthcare esté actualmente bajo contrato con su plan de seguro. Es posible que se requiera la verificación de su cobertura y beneficios. A menudo, esta verificación requiere que compartamos el motivo de su visita con su compañía de seguros.

Si no tenemos contrato con su plan de salud, es posible que requeramos el pago completo en el momento del servicio. Le proporcionaremos una copia de su estado de cuenta detallado para que pueda solicitar el reembolso de su plan de salud. Si su plan de salud requiere una descripción más detallada de los servicios, haga que su plan de salud lo solicite por escrito.

Tenga en cuenta que si califica para servicios a través de un programa financiado por una subvención o del Departamento de Planificación Familiar del Servicio de Salud del Estado (Título X), estos recursos son pagadores de último recurso. Lo que significa que, si actualmente o en el futuro tiene Medicare, Medicaid o seguro de terceros, es posible que no sea elegible para recibir servicios bajo estas subvenciones.

Si dichos cambios no se han informado adecuadamente y esos cambios en su estado resultan en la inelegibilidad para los servicios bajo un programa financiado por TAN Healthcare, usted será totalmente responsable del costo de los servicios prestados por TAN Healthcare.

La asistencia financiera está disponible para todos los pacientes, independientemente del seguro; Por favor, hable con nosotros para ver si califica.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Usted da fe de lo siguiente:

En consideración de los servicios prestados o que prestará TAN Healthcare, por la presente cedo, transfiero y transfiero irrevocablemente a TAN Healthcare todos los derechos, títulos e intereses en todos los beneficios pagaderos por la atención médica prestada por TAN Healthcare al paciente (s) nombrado (s) a continuación, qué beneficios se proporcionan en todas y cada una de las pólizas de seguro, planes de beneficios para empleados, contrato de reaseguro/stop-loss y/o acciones de terceros contra cualquier otra persona o entidad, para quien mi cónyuge, dependientes o yo tenemos derecho a recuperar.

- Por la presente, también cedo, transfiero y dedico irrevocablemente a TAN Healthcare todos los derechos, títulos e intereses en todos y cada uno de los reclamos, apelaciones administrativas y causas de acción contra todas las compañías de seguros, planes de beneficios para empleados, compañías de reaseguro / stop-loss, administradores externos y / u otras personas o entidades responsables del pago de los beneficios del seguro de salud.
- Autorizo al administrador del plan de mi aseguradora a divulgar a TAN Healthcare todas y cada una de las pólizas de seguro, documentos del plan, descripciones resumidas del plan y/o información de liquidación previa solicitud por escrito de TAN Healthcare para reclamar dichos beneficios médicos.
- Autorizo que el pago se realice directamente a TAN Healthcare o a mi médico tratante.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Acepto la divulgación de toda la información médica, incluidos los resultados de las pruebas de VIH, y la información financiera necesaria para procesar este y cualquier reclamo futuro a mi aseguradora o pagador de beneficios de salud, ya que puedo designar a esa persona o entidad de vez en cuando, por un período indefinido o hasta que presente una revocación por escrito de este comunicado. Este consentimiento para divulgar y obtener información es válido hasta que se revoque y puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto sobre divulgaciones ya realizadas.

- Como un servicio gratuito de TAN Healthcare para nuestros pacientes, TAN Healthcare, o un tercero con quien TAN Healthcare tiene contratos, proporciona llamadas de recordatorio de citas de cortesía y posiblemente otras llamadas importantes relacionadas con notificaciones relacionadas con la atención médica, como recordatorios de verificación y recordatorios de vacunas. Dichas llamadas o mensajes de texto pueden realizarse utilizando un sistema de mensajería automática pregrabado al número de teléfono proporcionado a TAN Healthcare.
- He leído y entiendo que soy personalmente responsable del pago.